Die Ortskrankenkassen
nach der
Reichsversicherungsordnung

Inaugural-Dissertation

zur

ACAD. LEGD. BAT. BIBL.

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Juristischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Adolf v. Heusinger
aus Marburg

Marburg
Univ.-Buchdruckerei von Joh. Aug. Koch (Inh. Dr. C. Hitzeroth)
1914.

Referent: Professor Dr. André.

Seiner Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556025_0049

Inhalts-Verzeichnis.

Einleitung . . . . . 1—2

Krankenversicherung.

Die rechtliche Natur der Krankenversicherung . . . . . 3—6

Überblick über die Reform 7

Umfang der Versicherung

Versicherungspflicht . . . . . 8—23

Versicherungsberechtigung . . . . . 23—28

Gegenstand der Versicherung

Leistungen im Allgemeinen . . . . . 29—33

Regelleistungen . . . . . 33—41

Krankenhilfe (Stellvertretungsleistungen, Krankenhauspflege und Hauspflege) . . . . . 33—39

Wochengeld (Stellvertretungsleistungen: Wöchnerinnenheim, Hauspflege) . . . . . 40—41

Sterbegeld 41

Mehrleistungen bei:

Krankenhilfe . . . . . 42—43

Wochenhilfe 43

Sterbegeld 43

Familienhilfe . . . . . 43—44

Neue Mehrleistungen . . . . . 44—45

Beschränkte Leistungen

Kraft Gesetzes . . . . . 45—47

durch die Satzung . . . . . 47—48

durch Bundesratsbeschluè 48

Die rechtliche Natur der Leistungen

Verjährung, Übertragung etc. . . . . 49—50

Gemeinsame Vorschriften

Entstehung des Anspruchs (Karenzzeit, Unterbrechung der Karenzzeit) . . . . . 50—52

Schwebende Unterstützungsfälle (Wirkung des Übertritts, einer Satzungsänderung, der Freiheitsentziehung auf sie) . . . 52—54

Erlöschen des Anspruchs . . . . . 54—55

Anspruchsberechtigtes Subjekt . . . . . 55—56

Die Art der Gewährung der Leistungen (Ablösung der Krankenpflege, des Krankengeldes, der Krankenpflege und des Krankengeldes) . . . . . 56—58

Bedeutung des Aufenthalts bezw. Wohnsitzes für Leistungen (im Inland und Ausland) . . . . . 58—61

Träger der Versicherung

Einleitung . . . . . 61—65
Arten der Krankenkassen . . . . . 65—66
Allgemeine Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen . . 66
Rechtsfähigkeit 67
Errichtung . . . . . 67—71
Sachliche und örtliche Zuständigkeit . . . . . 71—75
Besondere Ortskrankenkassen (Zulassung. Mitgliederkreis. Gemischte Betriebe.) . . . . . 75—81
Streitigkeiten aus der Kassenzugehörigkeit 81
Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung, Schließung . . . . 81—100

Sachliche Voraussetzungen:

der Vereinigung . . . . . 83—84
der Schließung . . . . . 84—85
der Auflösung, Ausscheidung . . . . . 85—86
Verfahrensvorschriften: allgemeine . . . . . 87—88
Auseinandersetzungsverfahren bei Vereinigung, Ausscheidung 88—97
Verfahren bei Auflösung und Schließung . . . . . 97—100

Verfassung

Mitgliedschaft . . . . . 100—107
Meldungen, Meldestellen . . . . . 107—108
Satzung . . . . . 108—111

Kassenorgane

Zusammensetzung u. Wahlen des Vorstandes u. Ausschusses 111—119
Ihre Rechte und Pflichten . . . . . 119—124

Angestellte und Beamte

Anstellung . . . . . 124—128
Dienstordnung . . . . . 128—134
Landesgesetzliche Pensionseinrichtungen, Haftung . . . 135

Verwaltung der Mittel (Verwendung, Anlegung, Aufbewahrung) 135—139

Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern

Überblick . . . . . 139—142
Abschluß . . . . . 142—143
Barleistungen . . . . . 144—145
Krankenhausbehandlung . . . . . 145—146
Zahnärzte 147

Verhältnis zu Apotheken
Beschränkt freie Apothekerwahl . . . . . 147—148
Abschlag . . . . . 148—149
Aufsicht . . . . . 150—151
Aufbringung der Mittel
Beiträge . . . . . 151—157
Zusatzbeiträge 157
Rücklage, Ersatzleistung, Strafgelder 157
Zahlung der Beiträge . . . . . 158—164
Streitigkeiten . . . . . 164—165
Kassenverbände, Sektionen
Kassenverbände . . . . . 165—169
Kassenvereinigung 169
Sektionen 169
Strafvorschriften . . . . . 170—176
Ausland . . . . . 176—178
Statistik

Einleitung.

Die deutsche Sozialgesetzgebung war ein Akt der Notwendigkeit. Mit Beginn des neunzehnten Jahrhunderts, mit der industriellen Verwertung der Maschine, mit der Bauernbefreiung trat auf dem Lande wie in der Stadt eine dem achtzehnten Jahrhundert fremde Erscheinung zu Tage, eine eigentliche Arbeiterklasse, die in einem scharfen Gegensatz zum Arbeitgeber stand. Die früheren persönlichen, patriarchalischen Verhältnisse verschwanden; an ihre Stelle traten rein sachliche Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Ein erhöhtes Schutzbedürfnis gegen Krankheit, Unfall, Invalidität machte sich geltend, dem die bestehenden Formen der Fürsorge teils staatlicher, teils genossenschaftlicher Art nicht mehr genügen konnten, weil nur eng begrenzte Kreise von einer Versicherung ergriffen wurden, und zur Durchführung der Versicherung für diese Kreise die nötigen Zwangsmaregeln fehlten. Die Umwälzung trat im Jahre 1883 ein! Der Versicherungszwang und die Zwangsversicherung wurden die Grundlage, auf der sich die soziale Gesetzgebung entwickeln konnte. Unter den Zwangsorganisationen standen bei der Krankenversichrung die Ortskrankenkassen im Mittelpunkt, die nach der Idee des Gesetzgebers das Fundament für die Krankenversicherung bilden sollten und in Wirklichkeit auch während der letzten 25 Jahre gebildet haben. Beweis bietet die amtliche Statistik. Die Ortskrankenkassen umfaßten im Jahre 1909 52 % aller Versicherten und waren mit 47 % an den gesamten Krankheitskosten während den letzten 25 Jahren beteiligt. Ihre geschichtliche Entwicklung läßt sich nicht weit zurückverfolgen, da sie 1883 als neue Kassenform auf genossenschaftlicher Grundlage geschaffen wurden. Neu ist nur die Form, in der die genossenschaftliche Fürsorge ihren Ausdruck fand, während die Idee der genossenschaftlichen Fürsorge sich bis ins Mittelalter verfolgen läßt,

wo die Schutzgilden und Zünfte ihren Mitgliedern in Fällen der Krankheit, der Not, des Unglücks Unterstützung gewährten, auch für Beerdigungskosten aufkamen. Diese Ortskrankenkassen haben im Laufe der Zeit eine andere Entwicklung genommen, als der Gesetzgeber wohl in den achtziger Jahren angenommen hatte. Während er die Errichtung einer Kasse für jeden einzelnen Erwerbszweig und jede einzelne Betriebsart zuließ, und so die Möglichkeit einer großen Mannigfaltigkeit schuf, machte sich bald die Tendenz bemerkbar, unter Verlassung des berufsgenossenschaftlichen Prinzips den Kreis der Versicherten mehr auf örtlicher Grundlage abzugrenzen — durch eine Konzentrataion gegenüber der waltenden Dezentralisation. Dieser Tendenz ist die RVO gefolgt, indem der Mitgliederkreis der Ortskrankenkassen sich jetzt auf einer rein örtlichen Grundlage aufbaut. Diese neuen Ortskrankenkassen, allgemeine Ortskrankenkenkassen, treten an die Stelle der alten und bilden die Hauptträger der Versicherung. Ihre Organisation, ihr Bestand, ihre Leistungsfähigkeit ist das Vorbild und der Maßstab für die übrigen Krankenkassen. Daher hat diese Arbeit die Aufgabe, die Vorschriften über die Ortskrankenkassen in ihren Grundzügen und Zusammenhängen darzulegen.

Die Krankenversicherung.

Die rechtliche Natur der KrV [1]). Das Rechtsinstitut der KrV regelt die rechtlichen Beziehungen der Versicherten zu den Versicherungsträgern und die der Versicherungsträger zu dem Staat. Auf die Versicherungsträger sind die an sich dem Staate zustehenden Aufgaben der sozialen Fürsorge für die Arbeiter übertragen; kraft dieser Uebertragung sind sie dem Staate gegenüber zur Erfüllung ihrer ihnen eigenen Lebenszwecke verpflichtet. Als solche dem Staatszwecke dienende und verpflichtete Körperschaften sind sie öffentlich-rechtlich. Was die Beziehungen der Versicherten zu den Versicherungsträgern anbetrifft, so gehören dem öffentlichen Recht auch zweifellos die Vorschriften an, durch die für gewisse Personenkreise die Versicherungspflicht begründet wird. Ob nun die auf dieser öffentlich-rechtlichen Grundlage erwachsenden Rechtsbeziehungen zwischen den Arbeitern, Arbeitgebern und Krankenkassen privatrechtlicher oder öffentlich-rechtlicher Natur sind, ist bisher bestritten gewesen, vor allem wohl deshalb, weil eine Einigung über den Begriff der Versicherung nicht zu erzielen war. Erkläre ich nämlich das Wesen der Reichsversicherung für identisch mit dem der privatrechtlichen Versicherung, so werde ich dem privatrechtlichen Charakter der aus der Reichsversicherung entstehenden Rechtsbeziehungen bejahen, andernfalls, wenn ich nicht eine Versicherung im eigentlichen Sinne, vielmehr eine staatliche Fürsroge n der Reichsversicherung erblicke. so gehören die in Frage stehenden Rechtsbeziehungen dem öffentlichen Recht an. Diese Fragen sind durch das Gesetz über den Versicherungsvertrag

1) In Anlehnung an Rosin „Recht der öffentlichen Genossenschaft und und an Laband.

von 1908 und die Reichsversicherungsordnung nochmals in den Vordergrund gerückt. Von wissenschaftlichem Interesse ist die Abgrenzung des Versicherungsbegriffs. Für die Praxis liegt die Bedeutung darin, daß bei etwa entstehenden Gesetzeslücken das Privatrecht oder das Sozialversicherungsrecht analog angewendet werden muß, je nach dem die eine oder die andere Ansicht vorherrscht.

Die Reichsversicherungsrodnung spricht nach wie vor von einer „Versicherung". Der Begriff der Versicherung hat sich vor Entstehung der Sozialgesetzgebung gebildet und ist daher für die Frage, ob durch die RVO eine Versicherung im technischen Sinne begründet wird, naturgemäß auch von den Merkmalen des privatrechtlichen Versicherungsbegriffs auszugehen und eine Entscheidung der Frage nur in diesem Sinne möglich. Geht man nicht von diesem durch die geschichtliche Entwicklung gegebenen Begriff der Versicherung aus, faßt man ihn von vornherein weiter als im Privatrecht, so ist ein Streit fruchtlos, da verschiedene Ausgangspunkte verschiedene Wege bedingen.

Für die Untersuchung gibt es zwei Wege; entweder ich gehe von dem Rechtsverhältnis des einzelnen Versicherten zu dem Versicherungsträger aus oder ich betrachte die Rechtsbeziehungen aller Versicherten als Gesamtheit zum Versicherungsträger. Zunächst sei von dem einzelnen Versicherungsverhältnis ausgegangen und die Entscheidung der Frage auf die Versicherungspflichtigen beschränkt. Der privatrechtliche Versicherungsvertrag ist ein gegenseitiger Vertrag, d. h. ein Vertrag, bei dem die eine Leistung als Äquivalent für die Gegenleistung erfolgt. Für den Begriff der Versicherung ist daher wesentlich eine unbedingte Abhängigkeit, ein innerer rechtlicher Zusammenhang von Leistung und Gegenleistung derart, daß beide Leistungen aus einem Tatbestand, aus einem Rechtsverhältnis fließen. Für die Versicherungspflichtigen wird zunächst die Mitgliedschaft, das Versicherungsverhältnis, nicht durch einen Vertrag begründet. Denn ohne jeden Rechtsakt der Arbeiter oder Arbeitgeber, ja selbst gegen ihren Willen tritt das Versicherungsverhältnis bei vorhandenem gesetzlichen Tatbestand unmittelbar in Kraft. Wie kein Vertragsverhältnis vorliegt, so ist auch keine Leistung und Gegenleistung gegeben. Bei der Arbeiter-

versicherung sind die Ansprüche und Verpflichtungen nicht die verschiedenen Seiten eines zweiseitigen Rechtsverhältnisses, vielmehr gesetzliche Folgen bestimmter Tatbestände, indem der Arbeiter und Arbeitgeber eine ihm vom Staat auferlegte Pflicht, die Beitragszahlung, die Krankenkasse eine ihnen vom Staat auferlegte Pflicht, — die Krankenunterstützung, — erfüllt. M. a. W.: es handelt sich um zwei selbständige einseitige gesetzliche Obligationen, die nebeneinander ohne Abhängigkeit herlaufen. Die logische Folge ist daher auch die Unabhängigkeit der Unterstützungsansprüche von der Beitragsleistung, die nicht den inneren Grund der Versicherungsleistung, vielmehr lediglich die Verwirklichung der sozialpolitischen Idee ermöglicht. Eine weitere Folge ist, daß die Einrede des Versicherungsträgers, daß der Beitragspflicht nicht genügt sei, ausgeschlossen ist. Ist so rechtlich ein innerer Zusammenhang zwischen Anspruch und Beitrag bei dem einzelnen Versicherungsverhältnis nicht vorhanden, so fragt es sich weiter, ob es zur Festhaltung an dem Begriff der Versicherung nicht genügt, daß die Gesamtbeiträge und Gesamtleistungen — je als ein Ganzes betrachtet — dem ausschließlichen Zweck, den Versicherungsansprüchen zu genügen, dienen und so der nötige Zusammenhang gleichwohl gewahrt ist. Die wirtschaftliche Zweckbestimmung des Vermögens, die gesetzliche Beschränkung des Verbrauchs für die gesetzlich zulässigen Zwecke, ist kein dem rechtlichen Versicherungsbegriff eigentümliches Wesensmoment, sondern jeder öffentlich-rechtlichen Genossenschaft eigen. Daher vermag der wirtschaftliche Zweck den notwendigen inneren rechtlichen Zusammenhang von Leistung und Gegenleistung nicht zu schaffen, ob man nun von dem Einzelverähltnis oder den Versicherungsverhältnissen in ihrer Gesamtheit ausgeht. Wirtschaftlich betrachtet mag dagegen die Reichsversicherung als eine „Versicherung“ erscheinen. Neben diesem rechtlichen Mangel spricht gegen die Auffassung der Sozialversicherung als einer Versicherung auch der Umstand, daß einige Grundsätze des Gesetzes über den Versicherungsvertrag von 1908 nicht auf die RVO anwendbar sind. Die Privatversicherung wird gegen künftige ungewisse Ereignisse getroffen. Die Folge ist, daß ein Versicherungsfall zur Zeit des Abschlusses nicht von der Versicherung erfaßt wird im Gegensatz zur Krankenversicherung, welche die Unter-

stützungen gewährt ohne Rücksicht darauf, ob der Versicherte vor Beginn der Mitgliedschaft bereits krank war oder nicht. Ferner steht das Recht der Kündigung im Falle der Nichtzahlung der Anfangsprämie binnen einer einmonatlichen Frist den Krankenkassen nicht zu, wie es sonst bei der Privatversicherung zulässig ist. Im Gegenteil, selbst die Unmöglichkeit der Beitragsleistung vermag den Unterstützungsanspruch nicht aufzuheben. Außerdem kommt das versicherungstechnische Prinzip der Berechnung der Beitragshöhe nach der Schadensersatzwahrscheinlichkeit in der Krankenkassenversicherung nicht zur Geltung. Die Beiträge sind, abgesehen von dem Unterschied durch etwaige Lohnklassen, prinzipiell alle gleich ohne Berücksichtigung des Alters oder der Betriebsgefahr [1]). Die Gefahr trägt daher jeder nicht im gleichen Maße für den anderen, vielmehr wird der wirtschaftlich mehr Gefährdete zu Ungunsten des weniger Gefährdeten entlastet. Aus diesen Unterschieden ergibt sich zweifellos, daß von einer „Versicherung" nicht mehr die Rede sein kann, will man nicht den Begriff der Versicherung in einem neuen Sinne verstehen. Es handelt sich in Wahrheit um eine Fürsorge und damit ist dem Versicherungsverhältnis ein publizistischer Charakter gegeben. Dem Begriff der Versicherung nähert sich dagegen mehr das Versicherungsverhältnis der Versicherungsberechtigten, da dessen Begründung vom freien Willen abhängt, eine Erkrankung vor Eintritt eine Zurückweisung möglich macht, und die Mitgliedschaft bei Zahlungsverzug erlischt. Aber die Mitgliedschaft kommt auch hier nicht durch einen Vertrag, sondern durch einen einseitigen Rechtsakt, die Anmeldung beim Vorstand oder der Meldestelle, zu Stande. Dieser eigenartige Begründungsakt, dazu der Mangel der inneren rechtlichen Beziehung von Leistung und Gegenleistung läßt auch hier den Charakter der Versicherung vor der öffentlich rechtlichen Fürsorge zurücktreten.

Ist der Beweis der öffentlich-rechtlichen Natur der Versicherungsträger und des Versicherungsverhältnisses erbracht, so sind die aus diesem erwachsenden Rechtsbeziehungen gleicher Art.

---

1) Dieser prinzipielle Standpunkt wird nicht dadurch durchbrochen, daß die Satzung eine höhere Betriebsgefahr berücksichtigen kann. § 384, I.

Ueberblick über die Reform.

Die eingreifendsten Veränderungen sind auf dem Gebiete der KrV geschaffen worden. Die Erklärung liegt in der Tatsache, daß es seit der Novelle von 1892 nur zu Reformen in kleinem Maßstabe kam, während das Gebiet der IV und UV 1899 und 1900 neu umgestaltet wurde. Folgende Hauptveränderungen sind eingetreten:

1. Die Krankenversicherungspflicht wurde erweitert.

2. Die Hauptträger der KrV wurden umgestaltet und der Zersplitterung des Kassenwesens entgegengewirkt.

3. Es wurde eine unparteiischere Kassenverwaltung eingeführt unter gleichzeitiger Hebung des Einflusses der Arbeitgeber.

4. Es wurde das Angestelltenrecht eingehend geregelt.

5. Es wurde der Instanzenzug bei Streitfällen vereinheitlicht.

Besonders hervorzuheben ist noch, daß die Anordnung der einzelnen Materien klar und übersichtlich gestaltet, die Gesetzessprache einfach und knapp gehalten wurde und so eine wesentliche Verbesserung vor den langen schwülstigen Sätzen des KrVG erzielt worden ist.

Erster Abschnitt.

Umfang der Versicherung.

1. Versicherungspflicht. Der Umfang der Versicherung wird bestimmt durch den Preis der Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten. Um nach dem KrVG die Versicherungspflicht (Versicherungszwang) zu begründen, mußten objektive und subjektive Voraussetzungen erfüllt sein. Objektiv wurde ein für versicherungspflichtig erklärter Betrieb erfordert. Die für versicherungspflichtig erklärten Betriebe waren entweder unbedingt versicherungspflichtig wie die im § 1 reichsgesetzlich genannten oder relativ versicherungspflichtig, sofern nämlich die Gemeinde statutarisch oder die Landesgesetze oder die Zentralbehörde eines Einzelstaates oder der Reichskanzler durch eine Verfügung von ihrem Recht, die Versicherungspflicht auf weitere Betriebe zu erstrecken, Gebrauch gemacht hatten. Zu diesem objektiven Merkmal der Versicherungspflicht mußten die subjektiven Voraussetzungen hinzutreten; es mußte sich um Arbeiter (im weiteren Sinne) handeln, die in einem freiwilligen, dauernden Beschäftigungsverhältnis gegen Gehalt oder Lohn standen. Neben diesen Arten der versicherungspflichtigen Personen kannte man relativ versicherungspflichtige Personenklassen, das waren diejenigen, auf die kraft statutarischer Bestimmung der Gemeinde oder des Kommunalverbandes die Versicherungspflicht erstreckt worden war. Jetzt gibt es keinen statutarischen Versicherungszwang mehr, auch keinen durch eine Verfügung des Reichskanzlers oder der Zentralbehörde eines Bundesstaates, vielmehr lediglich einen reichsgesetzlichen Versicherungszwang, mit der einen Ausnahme des § 167. Dieser reichsgesetzliche Versicherungszwang wird aber nicht mehr wie bisher von der Zugehörigkeit zu bestimmten Arten von Betrieben oder zu Personen-

klassen abhängig gemacht, vielmehr ist der leitende Grundsatz, daß prinzipiell alle die Personen der Versicherungspflicht unterliegen, die ihre Arbeitskraft in untergeordneter abhängiger Stelle verwerten, also in einem persönlichen und wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis stehen. M. a. W.: das bisher gültige objektive Merkmal der Versicherungspflicht, der Betrieb, ist weggefallen, und damit zugleich auch der Unterschied zwischen absolut und relativ versicherungspflichtigen Betrieben. Entscheidendes Kriterium bildet lediglich die subjektive Voraussetzung, die entgeltliche Beschäftigung, ohne daß eine Personenklasse dabei eine bevorzugte Stellung einnimmt. Die Art der Tätigkeit — nicht des Betriebes — spielt jetzt noch eine gewisse Rolle insofern, als die höhere geistige Tätigkeit keine Versicherungspflicht begründen soll. Durch diese Ausdehnung der Versicherungspflicht ist der Kreis der Versicherungspflichtigen um etwa 12 Millionen erweitert und im wesentlichen dem Kreis der Invalidenversicherungspflichtigen angepaßt. Gleichzeitig sind damit die Übelstände beseitigt, die sich aus den nahen Wechselbeziehungen der beiden Versicherungszweige für die Invalidenversicherungspflichtigen ergeben mußten, die nicht gleichzeitig Krankenversicherungspflichtig waren. Diese Anpassung war aber nur durchführbar, wenn man den bisher leitenden Gedanken aufgab, daß die Durchführung des Versicherungszwangs nur dort möglich sei, wo ein unmittelbarer Zwang bei der Anmeldung und Einzahlungspflicht gegen die Arbeitgeber gegeben sei. Einen Zwang gegen die Versicherungspflichtigen hielt man wegen der Masse der Versicherungspflichtigen und dem häufigen Orts- und Berufswechsel für ausgeschlossen. Die Folge dieser Idee war, daß eine Begrenzung des Versicherungszwangs erfolgen mußte, die Versicherungspflicht nicht auf die Arbeiter erstreckt werden konnte, für die ein Arbeitgeber wegen Eingehung und Aufrechterhaltung des Versicherungsverhältnisses nicht in rechter Weise sorgen konnte; das waren die nicht in Betrieben Beschäftigten, die in keinem festen Arbeitsverhältnis stehen, so vor allem die unständigen Arbeiter. Diese werden jetzt zur Anmeldung und Einzahlung selbst herangezogen. Somit waren die Hindernisse beseitigt, die der Gleichstellung der Kranken- und Invaliden-Versicherungspflichtigen im Wege standen.

Die subjektiven Voraussetzungen. A. Arbeiter. Es kommen prinzipiell nur Arbeitnehmer (im weiteren Sinnne) in Frage, wie aus den Worten „beschäftigt werden" hervorgeht. Diese bilden den Gegensatz zu den selbständigen Unternehmern.

1. Arbeiter [1]), Gehilfen, Lehrlinge [2]), Gesellen.

2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, d. h. Personen, die „innerhalb eines nicht unter die Bezeichnung „Betrieb" fallenden, aber ähnlich gearteten Inbegriffs von Geschäften eine von dessen Leistung abhängige und von ihr näher bestimmte Stellung einnehmen, aber nach der Art ihrer Tätigkeit einerseits nicht zur Klasse der niederen Hilfsarbeiter gezählt werden können, andererseits auch nicht eine höhere, mehr wissenschaftliche bezw. künstlerische Tätigkeit ausüben." Damit ist der Grundsatz ausgesprochen, daß eine höhere geistige bezw. künstlerische Tätigkeit die Versicherungspflicht nicht begründet. Zu dieser Gruppe der Angestellten gehören z. B. Arbeitersekretäre, Katastergehilfen. Für sämtliche drei Gruppen der Ziffer 2 ist Voraussetzung, daß diese Beschäftigung den Hauptberuf bilden muß. Daher fallen selbständige Personen, die nur ein Nebenamt bekleiden, wie Landwirte, die nebenbei als Direktoren oder Betriebsbeamte einer Molkerei vorstehen, nicht unter Ziffer 2. Der sonst gültige Grundsatz, daß es nicht auf den Umfang der Beschäftigung ankommt, ist somit in diesem Falle durchbrochen.

3. Handlungsgehilfen (§ 59 HGB) und -Lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken.

4. Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen. Bühne ist dabei im weitesten Sinne zu fassen, sodaß auch ein Zirkus darunter fällt. Der Begriff des Orchesters setzt voraus die Vereinigung mehrerer Musiker zu musikalischen Darbietungen unter einem Dirigenten, dem gegenüber die Mitglieder als Gehilfen, nicht als dessen Mitunternehmer anzusehen sind. Unberücksichtigt bleibt stets der Kunstwert der Leistungen.

---

1) Auch Haus- und Heim-Arbeiter.

2) Begriff: § 126 GWO. Auch Lehrlinge in dem Betrieb des Vaters können versicherungspflichtig sein. Die Beschäftigung muß aber auf Grund vertraglicher Beziehungen erfolgen, nicht lediglich als Ausfluß des Verwandtschaftsverhältnisses.

Damit ist für diese Gattung eine Ausnahme von dem Grundsatz geschaffen, daß eine höhere geistige oder künstlerische Tätigkeit die Versicherungspflicht nicht begründet. — Das entscheidende Kriterium für die Versicherungsplicht bildet stets das Abhängigkeitsverhältnis. Treten z. B. Musiker auf gemeinsame Rechnung zu einem gemeinsamen musikalischen Unternehmen als im wesentlichen gleichgestellte Teilnehmer auf, so sind sie versicherungsfrei, andernfalls versicherungspflichtig. Bilden diese Musiker aber kein Orchester, etwa, weil es an der erforderlichen Zahl fehlt, oder tritt nur ein Musiker auf, so kommt je nach dem Ziffer 1 oder 2 zur Anwendung; bei Ziffer 2 ist neben dem Abhängigkeitsverhältnis noch weitere Voraussetzung, daß es sich um keine höhere künstlerische Tätigkeit handelt, im Gegensatz zu Ziff. 4, wo dieser Grundsatz wie gesagt, durchbrochen ist. Erfolgt z. B. die Bezahlung eines Musikers in einer Wirtschaft durch Tellersammlung, so steht keine höhere künstlerische Tätigkeit in Frage; aber da er nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis steht, so ist er nicht versicherungspflichtig, während er bei Bezahlung seitens des Wirtes in einem Abhängigkeitsverhältnis stünde und der Versicherungspflicht unterläge.

5. Lehrer und Erzieher (über Einschränkungen vgl. §§ 169, 171, 172).

6. Hausgewerbetreibende, d. h. die selbständigen Gewerbetreibenden, die in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibender gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten (§ 162). Sie unterscheiden sich also von den Heimarbeitern dadurch, daß sie nur wirtschaftlich, aber nicht persönlich vom Arbeitgeber abhängig sind. Sie bilden eine Ausnahme von dem sonst gültigen Satze, daß nur Arbeitnehmer der Versicherungspflicht unterliegen.

7. Die Schiffsbesatzung[1]) deutscher Seefahrzeuge, soweit sie weder unter die §§ 59—62[2]) der Seemannsordnung, noch unter die

1) d. i.: Schiffer, Schiffsoffiziere, Schiffsmannschaft (§§ 511, 481 HGB, § 2 I II Sem.O.).

2) §§ 59/62 Sem.O. betr. die Schiffsmannsch. geben der Schiffsmannschaft Ansprüche gegen die Reeder bei Erkrankungen oder Verletzungen nach Dienstantritt oder der Anmusterung. Auf die Schiffsoffiziere finden nach § 3 II Sem.O. die für die Schiffsleute geltenden Vorschriften Anwendung, soweit nicht ausdrücklich ein anderes festgesetzt ist.

§§ 553—553 b [1]) HGB fällt, sowie die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt. Zur Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt gehören Schiffer (Kapitän), Schiffsmannschaft und alle übrigen zum Schiffahrtsdienst angenommenen Personen mit Ausnahme der Zwanglotsen [2]). Als deutsches Seefahrzeug gilt jedes Fahrzeug, das unter deutscher Flagge fährt und ausschließlich oder vorzugsweise zur Seefahrt benutzt wird (§ 163), ohne daß das Fahrzeug zum Erwerbe dienen muß und es auf die Art und Größe ankäme [3]). Daher fallen auch sämtliche Privatfahrzeuge ohne Rücksicht darauf, ob sie der Seemannsordnung unterstehen oder nicht, sowie die Schiffe der Reichs- und Staatsregierung unter diesen Begriff. Als Seefahrt gilt der Verkehr auf See außerhalb der Grenzen nach Flaggengesetz von 1899 und die Fahrt auf Buchten und Haffen und Watten der See (§ 1047), dagegen nicht die Fahrt auf anderen Gewässern, die mit der See verbunden sind, auch wenn sie von Seeschiffen befahren werden (§ 1048).

Die Bedeutung der Ausdehnung der reichsgesetzlichen Krankenversicherungspflicht läßt erst ein kurzer Überblick über die Personenkreise erkennen, die bisher der Krankenversicherungspflicht nicht unterlagen. Ein Teil dieser nicht Krankenversicherungspflichtigen unterlag bisher bereits dem § 1 Nr. 1, 2 IVG, ein Teil ist ganz neu, — auch für die Invalidenversicherung —, in die Versicherungspflicht einbezogen worden. Der Zuwachs wird annähernd auf 12 Millionen geschätzt, sodaß jetzt ungefähr 25 Millionen von der Versicherung erfaßt werden.

I. Von den in § 1 Nr. 1 des IVG genannten Personengruppen waren bisher reichsgesetzlich nicht krankenversicherungspflichtig: a) die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, soweit auf sie nicht durch statutarische Bestimmung (§ 2 I Ziff. 6 KrVG) oder Landesgesetz (§ 133 RG vom 5. 5. 86) der Versicherungszwang erstreckt

---

1) Durch §§ 553—553 b HGB sind die Anspr. d. Schiffer (Kapitän) gegen die Reeder auf Verpflegung Heilbehandlung und Heuerzahlung geregelt.

2) § 3 II Ges. betr. d. privatrechtl. Verh. d. Binnenschiffahrt vom 20. 1898.

3) Dadurch, daß Eingeborene der Schutzgebiete die Reichsflagge führen, wird das Schiff nicht zu einem deutschen Seefahrzeug i. S. dieses Gesetzes (§ 163).

worden war. Zu dieser Klasse gehörten auch die Arbeiter für Garten und Weinbau, für Pflege von städtischen Promenaden, die unselbständigen Gutshandwerker (Stellmacher, Schmiede) und die in land- und forstwirtschaftlichen Nebenbetrieben Beschäftigten, ferner diejenigen die von einem Forstwirt als Köhler oder bei Abfahren von Holz, von einem Weinwirt beim Verkauf selbst gewonnenen Weines, bei der Gewinnung von Syrup und Zucker aus selbstgebauten Rüben beschäftigt wurden. §§ 161 Ziff. 1, 417 RVO. b) Dienstboten (§ 165 Ziff. 1, § 435 ff., vgl. 440). c) die unständigen Arbeiter, deren Arbeitsvertrag auf kürzere Zeit als eine Woche geschlossen war, ohne daß die Verhältnisse von vornherein die Erneuerung des Vertrags über eine Woche hinaus wahrscheinlich machten, z. B. Aushilfskellner, Kohlenablader, Schlittschuhanschnaller (§ 165 Ziff. 1, §§ 441 ff.)

d) Alle im Wandergewerbe beschäftigten Personen, und zwar auch dann nicht, wenn Motoren verwendet wurden: Arbeiter und Gehilfen, die in wandernden Karussellbetrieben, Schaubuden und im Haushalte tätig waren (§ 165 Ziff. 1).

e 1. Die in Reichs-, Staats- und Gemeinde-Dienst Beschäftigten. e) Zahlreiche Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, die in nicht gewerbsmäßig sich vollziehenden Betrieben beschäftigt waren [1]): im Reichs-, Staats- und Gemeindedienst, z. B. als Schreiber, Kanzleidiener, Gefangenaufseher, sowie Kommunal- und Staatsbetrieben, z. B. Putzfrauen, Laternenanzünder, Sprengwagenführer. Soweit Gemeinden oder der Staat aber Unternehmer der im § 1 I Ziff. 1 und § 3 KrVG bezeichneten Betriebe waren, waren die Bediensteten dieser Betriebe z. B. der städtischen Eisenbahnen, Tiefbauämter, Brauereien, schon seither versicherungspflichtig.

e 2. Die in Kulturzwecken dienenden Anstalten Beschäftigten. a) die niederen Kirchenbediensteten, (Kirchendiener, Kirchenschweizer), Personal der Schuldiener. b) Die in den dem Unterricht und der Erziehung gewidmeten Anstalten Beschäftigten. c) Die in nicht versicherungspflichtigen Betrieben gegen Entgelt be-

1) Die Gewerbsmäßigkeit kann keine Rolle mehr spielen, da ja das objektive Merkmal der Versicherungspflicht die Zugehörigkeit zu einem Betriebe weggefallen ist.

schäftigten Insassen von Arbeiterkolonien. d) Die Bediensteten von Wohlfahrtseinrichtungen, z. B. Herberge zur Heimat, von Beamtenvereinen. e) Die bezahlten Pfleger und Pflegerinnen, soweit sie in Gemeinden oder öffentlichen Krankenhäusern und ähnlichen, keinen Gewerbebetrieb darstellenden Anstalten sich der Krankenpflege widmeten.

e 3. Die in einigen Privatbetrieben Beschäftigten. Es erstreckte sich die Krankenversicherungspflicht ferner nicht: a) auf die von Beamten — außer Notar und Gerichtsvollzieher — beschäftigten Hilfspersonen. b) auf die Wäscherinnen, Näherinnen, die in den Wohnungen ihrer Kunden arbeiteten. c) auf die Bediensteten in der Flößerei dem Prahm- und Fährbetrieb, soweit diese Betriebe sich nicht gewerbsmäßig vollzogen. d) auf die Führer von Kraftwagen und Kutscher sonstiger Fahrzeuge, soweit diese nicht gewerblichen Zwecken dienten. e) auf Gehilfen und Kutscher von Aerzten und Zahnärzten, da diese nicht zu den Gewerbsständen gehörten.

II. Vonden in § 1 Ziff. 2 des IVG genannten Personengruppen schieden bisher aus der Krankenversicherung aus: Expedienten, Registratoren, Bureauhilfsarbeiter, Inspektoren, Fleischbeschauer, in den Reichs-, Staats- und Kommunalbetrieben, soweit nicht der Versicherungszwang auf sie nach § 2 I Ziff. 2, 2 a KrVG erstreckt worden war oder Betriebe der in § 1 I Ziff. 1, 3, II, KrVG bezeichneten Art in Betracht kamen. b) Kirchenrechner und Küster. c) die land- und forstwirtschaftlichen Betriebsbeamten, z. B. die Landratsgehilfen, Gutsinspektoren, Schäfermeister, besser besoldeten Wirtschafterinnen. d) Verwalter gemeinnütziger Stiftungen, Hausväter von Wohltätigkeitsanstalten. e) Kinderfräulein, Gesellschafterinnen. f) Lehrer und Erzieher, auch Turn- und Zeichenlehrer, Handarbeitslehrerinnen.

III. Weiter sind neu in die Krankenversicherungspflicht einbezogen die Hausgewerbetreibenden nach § 165 Ziff. 6, 466 ff.

IV. Gänzlich neu für die KrV und IV sind die Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken, die Bühnen- und Orchestermitglieder, die ohne Entgelt angestellten Lehrlinge.

B. „Beschäftigt werden". Sämtliche Versicherungspflichtigen — mit Ausnahme der Hausgewerbetreibenden, die selbständig Ge-

werbetreibende sind — müssen „beschäftigt werden", Arbeitnehmer sein, im Gegensatz zum selbständigen Unternehmer, d. i. derjenige, der für eigene Rechnung und im eigenen Namen einen Betrieb führt. Was unter Beschäftigungsverhältnis zu verstehen ist, ist durch die RVO nicht beantwortet. Die herrschende Ansicht [1]) verlangt in der Regel einen Arbeitsvertrag der aber zivilrechtlich nicht unbedingt vollgültig zu sein braucht; es soll genügen, falls der Arbeiter z. B. bei Geschäftsunfähigkeit auf Grund auftragloser Geschäftsführung oder ungerechtfertigter Bereicherung einen Ersatz, ein Äquivalent für seine Leistung fordern kann [2]). Es ist zuzugeben, daß dem Beschäftigungsverhältnis ein Arbeitsvertrag zu Grunde liegen kann, dieses überhaupt bisweilen im Sinne der herrschenden Ansicht als Dienstvertrag etc. konsturiert werden kann, aber das Gesetz läßt die Frage des Arbeitsvertrags für die Frage der Versicherungspflicht unberührt, macht in keiner Weise die Versicherungspflicht von dem Arbeitsvertrag abhängig; vielmehr geht es von dem Gedanken aus, den arbeitenden Arbeiter, den gegen Entgelt Beschäftigten, zu schützen, und diese Frage ist losgelöst von dem Privatrecht zubeurteilen. Wesentlich ist lediglich das freiwillige Tätigwerden des Arbeiters, das Einverständnis mit dem Arbeitgeber. Dieses „Beschäftigt werden" macht das öffentliche Recht zu einer Eigenschaft der Person, die als Voraussetzung für die Versicherungspflicht gefordert wird [3]). Durch diese Lösung von dem privatrechtlichen Charakter ist es möglich, ohne weiteres auch die Geisteskranken, Minderjährigen von der Versicherungspflicht erfassen zu lassen. Wann das Beschäftigungsverhältnis beginnt und endet, ist für den einzelnen Fall zu entscheiden. Allgemein wird man sagen dürfen, daß das Beschäftigungsverhältnis beginnt und solange dauert, wie der Arbeitgeber „den Besitz der Arbeitskraft" [4]) hat, also über die Arbeitskraft der Versicherten verfügen kann. Daher

---

1) Hahn, S. 13.

2) Die h. A. stützte sich vor allem darauf, daß im KrVG von einem „Arbeitsvertrag" die Rede war; jetzt ist in § 176 Z. 12 RVO, der entsprechenden Stelle, nur ein „Arbeitsverhältnis" gefordert; dadurch ist dieser Ansicht eine wesentliche Stütze entzogen.

3) Stier-Somlo, Deutsche Sozialgesetzgebung, S. 133.

4) Rosin, S. 175 (Arbeiterversicherung, I).

kann ein Beschäftigungsverhältnis ohne augenblickliche wirkliche Beschäftigung beginnen, wie bei Unterbrechung an Sonn- und Feiertagen oder bei Urlaub auch fortdauern.

C. Keine dauernde Beschäftigung. Die Beschäftigung muß nicht mehr, wie bisher (§ 1 KrVG), eine dauernde sein, d. h. über eine Woche währen. Die Versicherungspflicht ist jetzt unabhängig von der Dauer der Beschäftigung, sodaß auch die unständigen Arbeiter erfaßt werden; allerdings kann nach § 168 eine Einschränkung gegeben sein. Ebensowenig wie die Dauer maßgebend ist, so spielt auch nicht der Grund der Beschäftigung, (z. B. aus Mitleid) oder der Umfang der Beschäftigung für die einzelnen Tage (Zeitungsträger) eine Rolle, desgleichen nicht die gesetzliche Zulässigkeit der Beschäftigung. Diese Folgerungen ergeben sich als ein Schluß e contrario.

D. Gegen Entgelt. Die Beschäftigung muß gegen Entgelt stattfinden, mit Ausnahme bei den Hausgewerbetreibenden, die ja als Arbeitgeber nicht gegen Entgelt beschäftigt werden, und bei den Lehrlingen aller Art[1]) (§ 165 II). Unter Entgelt (§ 160) sind neben Gehalt und Lohn auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge, die der Versicherte, wenn auch nur gewohnheitsmäßig statt des Gehalts oder Lohns oder neben ihm von dem Arbeitgeber oder einem Dritten erhält, wie z. B. Trinkgeld für Kellner, Schlittschuhanschnaller, Logenschließer, die ihren Unterhalt aus Verkauf von Verkauf von Theaterzetteln, Operngläser, gewinnen. Der Wert der Sachbezüge wird nach Ortspreisen berechnet, die das VA festsetzt. Nach dem Begriff des Entgelts werden die Lehrlinge, die bei den Meistern Wohnung oder Kost erhalten, nach Ziffer 1 oder 2 ohne weiteres versicherungspflichtig sein. Die unentgeltlich beschäftigten Lehrlinge kommen also nur in Frage, sofern sie bei den Eltern wohnen, z. B. Lehrmädchen im Schneiderinnenberuf. Was die Höhe des Entgelts anbetrifft, so ist eine Maximalgrenze gezogen; er darf als regelmäßiges Jahresarbeiterverdienst 2500 Mark für die im § 165 unter Ziffer 2—5, 7 mit Ausnahme der Schiffer, Genannten

1) Viele Lehrmädchen im Schneiderinnenberuf und dem Handelsgewerbe beziehen kein Entgelt, müssen vielmehr häufig noch Lehrgeld zahlen; da diese meistens in ärmlichen Verhältnissen sind, so sollen sie durch die Einbeziehung entlastet werden.

nicht übersteigen. Die Höhe des Einkommens spielt daher keine Rolle a) bei den unter Ziff. 1 genannten Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge und Dienstboten, b) bei den Hausgewerbetreibenden, Ziff. 6, c) bei der Schiffsbesatzung mit Ausnahme der Schiffer, Ziff. 7. Die Erhöhung des Arbeiterverdienstes von 2000 Mark nach dem KrVG auf 2500 Mark ist mit Rücksicht auf die allgemeine Preissteigerung und den gesunkenen Geldwert erfolgt. Die Lage der Personen mit Einkommen von 2500 Mark ist augenblicklich nicht günstiger als die mit 2000 Mark im Jahre 1883. Umgekehrt wie die Höhe des Entgelts hat das Mindestmaß keine Begrenzung gefunden; da der Umfang der Beschäftigung auch außer Berechnung bleibt, falls nur eine Beschäftigung im Sine der RVO vorliegt, so würde auch z. B. eine Brotausträgerin mit 30 Pfg. Tagesverdienst der Versicherungspflicht unterliegen.

E. Geschlecht, Staatsangehörigkeit etc. Geschlecht, Alter, Gesundheit, Handlungsunfähigkeit, Staatsangehörigkeit spielen für die Krankenversicherungspflicht keine entscheidende Rolle, da die Arbeiter usw. schlechthin der Versicherungspflicht unterworfen sind, desgleichen nicht die Verwandtschaft mit einer Ausnahme (§ 159); sofern nämlich die Beschäftigung eines Ehegatten durch den anderen erfolgt, wird keine Versicherungspflicht begründet. Zur Begründung des Versicherungszwanges ist jedoch erforderlich, daß die Beschäftigung im Inlande, d. i. dem Deutschen Reich, erfolgt, mag auch der Sitz des Betriebes im Auslande gelegen sein. Daher sind die im Ausland Beschäftigten stets ausgeschlossen, ohne Rücksicht darauf, ob der ausländische Betrieb in einem engen Zusammenhange mit einem inländischen steht, es sei denn, daß die Auslandsbeschäftigung nur als eine vorübergehende Beschäftigung der im Inlande gelegenen festen Arbeitsstätte resp. Betriebs anzusehen ist (vgl. §§ 153, 154). Eine weitere Ausnahme gibt es nur für die Schiffsbesatzungen deutscher Seefahrtzeuge. Da ihr Fahrzeug rechtlich als Inland gilt, bleiben sie auch im Ausland versichert.

F. Versicherungszwang. Liegen die Voraussetzungen der Versicherungspflicht (A—E) vor, so tritt der Versicherungszwang ein. Das Wesen der Versicherungspflicht ist durch die Worte „werden versichert" des § 165 deutlicher als wie bisher durch „sind zu ver-

sichern“ zum Ausdruck gebracht und ergibt sich ebenfalls aus § 234: „Versicherungspflichtige sind Mitglieder der zuständigen Krankenkassen“ und aus § 306: „Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tage des Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung“. Der Versicherungszwang äußert sich zwiefach dem Arbeiter und dem Arbeitgeber gegenüber. Für den Arbeiter wird das Versicherungsverhältnis unmittelbar kraft Gesetzes bei Vorliegen des gesetzlichen Tatbestandes begründet, ohne, ja wider seines Willens und den des Arbeitgebers, ohne daß der Anmeldung oder Einzahlung der Beiträge eine konstitutive Bedeutung beizumessen wäre. Eine Ausnahme besteht nur bei den unständig Beschäftigten und den Hausgewerbetreibenden. Hier hat die auf die Anmeldung erfolgende Eintragung in das Mitgliederverzeichnis rechtserzeugende Wirkung (§§ 442, 468). Wie dem Arbeitnehmer, so erwächst auch dem Arbeitgeber gleichzeitig eine gesetzliche Verpflichtung, nämlich zur Leistung der Beiträge und zur Erfüllung der ihm sonst obliegenden Pflichten. Die gesetzlichen Voraussetzungen sind prinzipiell die Bedingung für den Eintritt der Versicherungspflicht und damit der Mitgliedschaft bei einer Kasse. Ausnahmsweise entsteht aber eine Mitgliedschaft, ein Versicherungsverhältnis auch ohne die materiellen Vorausetzungen, nämlich im Falle des § 213, in dem die Mitgliedschaft lediglich bei Anmeldung und Beitragszahlung begründet wird.

G. „Für den Fall der Krankheit“. Die Versicherung tritt ein „für den Fall der Krankheit“, d. i. bei den typischen Krankheitsfällen, aber nicht weniger bei der Schwangerschaft, dem Wochenbett, — die bei normalem Verlauf nicht als Krankheit anzusehen sind, — und bei einem nicht durch Krankheit herbeigeführten Todesfall. Die Fassung des Gesetzes ist daher ungenau.

Besondere Vorschriften. § 166. Besondere Vorschriften gelten mit Rücksicht auf die zur Zeit schwierigen Verhältnisse für einen Teil der neu in die Krankenversicherungspflicht einbezogenen Personen; das sind die in der Landwirtschaft, als Dienstboten, unständig oder im Wandergewerbe Beschäftigten, der Hausgewerbtreibenden und ihrer hausgewerblich Beschäftigten, sowie der ohne Entgelt beschäftigten Lehrlinge aller Art (§§ 416—494).

Verhältnis der reichsgesetzlichen Versicherungspflicht zur landesrechtlichen. § 167. Die RVO stellt eine Kodifikation des gesamten öffentlich rechtlichen Versicherungsrechts dar derart, daß diese Materie erschöpfend geregelt ist. Daraus ergibt sich die Unzulässigkeit einer landesgesetzlichen Regelung derselben Materie. Eine Ausnahme besteht, sofern beim Inkrafttreten deses Gesetzes andere Gruppen von Beschäftigten (als die im § 165) verpflichtet sind, eine landesrechtliche Versicherung einzugehen; in diesem Fall hat die Landesregierung die Wahl, diese Gruppen der RVO unter gleichzeitigem Erlaß von Ausführungsbestimmungen oder den landesrechtlichen Gesetzen zu unterstellen.

Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Gerade wie nach dem KrVG gibt es aus besonderen Gründen Ausnahmen von der Versicherungspflicht für die an sich nach dem Grundsatz der entgeltlichen Beschäftigung Versicherungspflichtigen. Die Ausnahmen sind aber entsprechend der Ausdehnung der Versicherungspflicht vermehrt worden. Diese Ausnahmen bestehen entweder unmittelbar kraft Gesetzes oder Bundesratsbestimmung, ohne daß für die Befreiung ein Antrag erforderlich wäre (Versicherungsfreiheit) und beziehen sich daher auf ganze Klassen von Personen innerhalb des Reiches oder die Befreiung tritt erst auf Antrag ein, zu dessen Stellung der Arbeitgeber oder der Arbeiter je nach dem befugt ist. In letzterem Falle werden naturgemäß nur individuell bestimmte Personen betroffen, während bei Stellung des Antrags seitens des Arbeitgebers, durch eine generelle Anordnung betreffend die Befreiung, die sämtlichen Beschäftigten desselben Betriebes berührt werden. Die Entscheidung über den Antrag liegt entweder beim Kassenvorstand (§§ 173, 174) oder bei der obersten Verwaltungsbehörde (§§ 170, 171). Neu ist die Versicherungsfreiheit gegenüber dem KrVG a) bei vorübergehenden Denstleistungen (§ 168), b) bei hinreichender anderweitiger Fürsorge resp. Berufsausbildung der bei öffentlichen und nicht öffentlichen Körperschaften Beschäftigten (§§ 170, 171), c) bei Beamten, Angehörigen des Soldatenstandes etc. (§ 172).

Versicherungsfrei. A) Kraft Gesetzes resp. Bundesratsbestimmung. Versicherungsfrei, d. h. nicht versicherungspflichtig, aber wohl versicherungsberechtigt sind

I. kraft Gesetzes:

1. die in Betrieben oder im Dienste des Reiches, eines Bundesstaates, eines Geemindeverbandes [1]), einer Gemeinde oder eines Viesicherungsträgers Beschäftigten, wenn ihnen gegen ihren [2]) Arbeitgeber ein Anspruch entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen (§ 179) oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet ist, d. h. nicht nur versprochen, vielmehr durch Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers Sicherheit gegeben ist (§ 169). Das gleiche gilt für Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen und Anstalten. Der Grund der Versicherungsfreiheit ist ersichtlich: eine sichere hinreichende anderweitige Fürsorge!

2. Personengruppen, die durch ihre eigenartige Stellung bezw. eigenartige Tätigkeit eine Ausnahmestellung rechtfertigen (§ 172). a) Bamte des Reiches, der Bundesstaaten, Gemeindeverbände, Gemeinden- und Versicherungsträger, Lehrer und Erzieher an öffentlichen Anstalten und Schulen, solange sie lediglich zu ihrem Berufe ausgebildet werden. b) Personen des Soldatenstandes [3]), die eine der im § 165 bezeichneten Tätigkeiten im Dienste oder während der Vorbereitung zu einer bürgerlichen Beschäftigung ausüben, auf die § 169 anzuwenden ist. c) Personen, die während der wissenschaftlichen Ausbildung zu ihrem künftigen Beruf gegen Entgelt unterrichten. d) Mitglieder geistiger Genossenschaften, Diakonissinnen, Schulschwestern und ähnliche Personen, wenn sie sich aus religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und als Entgelt nicht mehr als den freien Unterhalt beziehen. Letzterer Zusatz war erforderlich, da ein freier Unterhalt als ein Entgelt im Sinne der RVO die Versicherungspflicht begründet.

II. Durch Bundesratsbestimmung die Personen, die nur vorübergehende Dienste leisten (§ 168). Diese Neuerung war durch

---

1) Begriff: §§ 526 f.

2) Steht der Versicherten in mehreren Arbeitsverhältnissen, so muß gegen jeden einzelnen Arbeitgeber dieser Ausgleichsanspruch bestehen.

3) Nicht Militäranwärter die ja nicht zum Soldatenstand gehören.

die Einbeziehung der unständig Beschäftigten erforderlich. Deren Tätigkeit kennzeichnet sich als eine berufsmäßige Lohnarbeit bei Arbeitgebern, die in kürzeren Zwischenräumen gewechselt werden. Ihnen gegenüber stehen die vorübergehende Dienste Leistenden, d. h. die Personen, die nicht berufsmäßig, vielmehr nur gelegentlich einmal oder nur nebenher und zwar vorübergehend in Tätigkeit treten, z. B. die schulpflichtigen Kinder, die, namentlich in der Landwirtschaft, zu bestimmten Zeiten zur Heuernte etc. oder öfter, aber für ganze kurze Zeit, herangezogen werden. Für diese Personenklassen ist die Versicherung nicht gedacht. Die Abgrenzung des Begriffs der vorübergehenden Dienstleistung von dem der unständigen Beschäftigung in den einzelnen Fällen liegt dem Bundesrat ob.

III. Es sei noch hervorgehoben, daß auch von der Versicherungspflicht ohne weiteres die Personen ausgenommen sind, die entweder ein regelmäßiges Jahresarbeiterverdienst von über 2500 Mark haben oder bei denen eine der subjektiven Voraussetzungen fehlt.

B. Auf Antrag des Arbeitgebers. Eine Ausnahme von der Versicherungspflicht kann in gewissen Fällen auch auf Antrag des öffentlichen bezw. privaten Arbeitgebers statuiert werden bei

1. den in Betrieben oder anderen öffentlichen Verbänden oder öffentlichen Körperschaften Beschäftigten z. B. landschaftlicher Kreditorganisationen, Deichverbände, öffentlicher Feuerversicherungsanstalten (§ 170).

2. den Beamten und Bediensteten der landesherrlichen Hof-, Domanial-, Kameral-, Forst- und ähnlichen Verwaltungen und der fürstlich-hohenzollerschen Fideikommißverwaltung.

3. den in Betrieben oder im Dienste nichtöffentlicher Körperschaften oder als Lehrer und Erzieher an nicht öffentlichen Schulen und Anstalten Beschäftgten (§ 171).

In allen drei Fällen ist die Befreiung davon abhängig gemacht, daß den Beschäftigten gegen ihren Arbeitgeber ein den Regelleistungen der Krankenkasse oder dem anderthalbfachen Krankengeldbetrage entsprechender Anspruch gewährleistet ist oder sie lediglich zu ihrem Berufe ausgebildet werden. Der innere Grund für die Ausnahme liegt darin, daß eine anderweitige hinreichende

Krankenfürsorge eintritt oder es sich um eine vorübergehende untergeordnete Stellung handelt, die lediglich ein Durchgangsstadium für eine höhere bildet. Die Entscheidung über die Befreiung trifft stets die oberste Verwaltungsbehörde, d. i. das Ministerium. Während letztere im Falle 1 und 2 unter Voraussetzung des gesetzlichen Tatbestandes dem Antrage stattgeben muß, ist die Entscheidung im Falle 3 in ihr Ermessen gestellt, ist eine besondere Bestimmung ihrerseits notwendig.

4. a) Lehrlinge [1]) aller Art, solange sie im Betriebe ihrer Eltern beschäftigt sind (§ 174); damit ist die einzige Ausnahme geschaffen von dem jetzt herrschenden Grundsatz, daß eine Befreiung von der Versicherungspflicht für Lehrlinge ausgeschlossen ist. Ein Streit darüber, ob der Lehrling bereits versicherungsfrei ist, weil er Wohnung und Kost im Hause seines Vaters als gesetzlichen Unterhalt bezieht oder versicherungspflichtig, — da sich diese Bezüge als Entgelt darstellten, — ist ausgeschlossen. Denn auch die unentgeltlich beschäftigten Lehrlinge sind versicherungspflichtig. b) Personen, die bei Arbeitlosigkeit in Arbeiterkolonien oder ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten [2]) vorübergehend beschäftigt werden.

Im Gegensatz zu den Fällen 1 bis 3 entscheidet über den Antrag auf Befreiung der Kassenvorstand (§ 175). Die Befreiung wirkt vom Eingang des Antrags ab, d. h. sie hat rückwirkende Kraft. Bei Ablehnung des Antrags entscheidet über die Beschwerde das VA, d. i. der Vorsitzende, endgültg.

C. Auf eigenen Antrag. § 173. In einem Fall kann auf eigenen Antrag des Beschäftigten Befreiung von der Versicherungspflicht eintreten, unter zwei Voraussetzungen: a) er muß Halbinvalide, d. h. auf die Dauer nur zu einem geringen Teil arbeitsfähig sein; d. s. diejenigen, welche infolge von Verletzungen, z. B. dauernd einen minderen Grad der Arbeitsfähigkeit haben als auch jene, z. B. durch chronische Krankheiten zeitweise Geschwächten, dann aber wieder voll Arbeitsfähigen; im allgemeinen soll dasselbe

---

1) Sind die Lehrlinge nur auf Grund der Verwandtschaft, nicht eines Arbeitsvertrags tätig, so sind sie ohne weiteres versicherungsfrei.

2) Also nicht in Zwangsarbeitsanstalten, wo überhaupt wegen Mangel der freien Betätigung keine Versicherungspflicht begründet wird.

ausgedrückt werden wie im § 3 a I KrVG. b) es muß der vorläufig unterstützungspflichtige Armenverband seine Zustimmung geben; dieser, und nicht der endgültig unterstützungspflichtige Armenverband, wie im § 3 a I Ziff. 1 KrVG, ist gewählt, um zu Gunsten der Versicherten unnötige Verzögerungen bei Feststellung des endgültig unterstützungspflichtigen Armenverbandes zu vermeiden. Aber nur solange der vorläufig unterstützungspflichtige Armenverband einverstanden ist, währt die Befreiung; im Augenblick des Widerrufs gegenüber der Kasse erlischt die Befreiung. Der vorläufig unterstützungspflichtige Armenverband kann sich seinerseits dann mit dem endgültig unterstützungspflichtigen auseinandersetzen. Über den Antrag auf Befreiung entscheidet wie im Falle B 4 der Kassenvorstand. Die dieser Ausnahmevorschrift zu Grunde liegende Idee ist Schutz der Halbinvaliden vor gänzlicher Arbeitslosigkeit. Die Halbinvaliden werden nämlich von den Arbeitgebern wegen der eventuell hohen Belastung der Krankenkassen zu Gunsten der eigenen Arbeiter nicht gerne angestellt und werden so arbeitslos. Bei einer Befreiung von der Versichrungspflicht steht ihrer Beschäftigung nichts mehr entgegen, da sie im Falle der Krankheit dem Armenverband zur Last fallen.

II. Versicherungsberechtigung. Der Umfang der Versicherung wird durch den Kreis der Versicherungspflichtigen und der Versicherungsberechtigten bestimmt. Die Versicherungsberechtigung ist entweder ein freiwilliger Eintritt in das Versicherungsverhältnis oder eine freiwillige Fortsetzung.

A. Freiwilliger Eintritt. Für die Abgrenzung des Kreises der Versicherungsberechtigten und die Statuierung der gesetzlichen resp. satzungsmäßigen Voraussetzungen der Versicherungsberechtigung sind zwei Gesichtspunkte entscheidend: Schutz den wirtschaftlich Schwachen! Sodann Schutz den Krankenkassen vor einer zu hohen Belastung mit ungünstigen Risiken, da von dem Recht des Beitritts meistens nur schwächliche und kränkliche Personen Gebrauch machen [1]). Diese Gefahr der Ueberbelastung ist jetzt beseitigt; die Satzung kann für sämtliche Versicherungsberechtigte

1) Krankheitsfälle bei Pflichtmitgliedern von Männern 39,6 %, Frauen 41,8 %, Krankheitsfälle bei Versicherungsberechtigten von Männern 58,5 %, Frauen 66,9 %.

den Eintritt von einer bestimmten Altersgrenze und von Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig machen. Bisher bestand nur das Recht zur ärztlichen Untersuchung, das auch weiter bestehen geblieben ist (§ 310 III), und der Zurückweisung [1]) im Falle der Krankheit zur Zeit des Eintritts und zwar nur beschränkt, nämlich für die „nicht versicherungspflichtigen" [2]) (§ 4 III KrVG). Der Kreis der Versicherungsberechtigten hat sich, soweit nicht durch die Ausdehnung der Versicherungspflicht sich natürliche Verschiebungen ergeben haben, nicht geändert. Weggefallen ist die „Aufnahme" § 26 a Z. 5 KrVG); das Gesetz kennt nur den Beitritt mehr. Die Versicherungsberechtigung besteht prinzipiell kraft Reichsgesetzes, für gewisse Klassen in zwei Ausnahmefällen kraft Bunderatsbestimmung resp. kraft Landesgesetz; eine statutarische Versicherungsberechtigung wie bisher ist der RVO unbekannt.

Versicherungsberechtigt sind in erster Linie die Beschäftigten, die aus irgend einem Grunde der Versicherungspflicht nicht unterliegen, selbständige Unternehmer dagegen nur in ganz beschränktem Maße.

a) Gesetzliche Voraussetzungen. Es muß sich handeln

I. Bei den reichsgesetzlich Versicherungsberechtigten um 1. versicherungsfrei Beschäftigte der im § 165 I bezeichneten Art; versicherungsfrei sind die an sich Versicherungspflichtigen, die aber wegen unentgeltlicher Beschäftigung, anderweitiger Krankenfürsorge, Ausbildung zum Beruf etc. (vgl. §§ 168—174) der Versicherungspflicht nicht unterworfen sind [3]). 2. Versicherungsfreie Familienangehörige des Arbeitgebers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betrieb tätig sind. 3. Kleinunternehmer, d. s. Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen; also fallen z. B. Arbeitgeber

---

1) Das Recht der Zurückweisung besteht auch jetzt noch, jedoch wird es unter der „Mitgliedschaft" im § 310 behandelt.

2) Also nicht bei den an sich Versicherungspflichtigen, aber als Mitglied von Ersatzkassen nach § 75 KrVG befreiten.

3) Da nur die Beschäftigten versicherungsberechtigt sind, sind die selbständigen Personen ausgeschlossen. Daher auch die Hausgewerbetreibenden, die nach § 467 versicherungsfrei sind.

schlechthin wie eine Herrschaft, die Dienstboten beschäftigt, nicht unter Ziff. 3.

II. Bei den kraft Bundesratsbeschluß Versicherungsberechtigten um Versicherungsfreie, die wegen vorübergehender Dienstleistung (§ 168) für versicherungsfrei erklärt sind (§ 176 II). Für versicherungsberechtigt werden nur diejenigen erklärt, die in ihren sozialwirtschaftlichen Verhältnissen in die Arbeiterversicherung passen. So werden z. B. die schulpflichtigen Kinder, die ab und zu aushilfsweise in der Landwirtschaft tätig sind, ebensowenig wie von der Versicherungspflicht auch von der Versicherungsberechtigung durch Bundesratsbeschluß nicht getroffen werden.

III. Bei den kraft Landesrecht Versicherungsberechtigten um andere als die unter I, II genannten Gruppen, sofern sie bereits bei Inkrafttreten der RVO in einem Bundesstaat versicherungsberechtigt waren (§ 177). Diese Versicherungsberechtigung kann nach näherer Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde aufrecht erhalten werden.

IV. Das Gesamteinkommen dieser unter I—III genannten Gruppen darf 2500 Mark nicht übersteigen. Das Gesamteinkommen umfaßt naturgemäß auch die aus anderen Quellen als dem Betriebe fließenden Gelder, wie z. B. den Zins angelegter Kapitalien.

b) Statutarische Voraussetzungen. § 176 III. Neben diesen gesetzlichen Voraussetzungen kann die Satzung der Krankenkasse das Recht zum Beitritt von einer bestimmten Altersgrenze und von der Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig machen. Die Festsetzung der Altersgrenze bedarf der Zustimmung des OVA [1]).

B. Freiwillige Weiterversicherung. § 313. Die freiwillige Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses war im KrVG bei der Gemeindekrankenversicherung an schwerere Voraussetzungen geknüpft als bei den Ortskrankenkassen. Mit dem Wegfall der Gemeindekrankenversicherung ist eine einheitliche Regelung für sämtliche Krankenkassen erfolgt und sind im wesentlichen die Voraus-

1) Daß diese Satzungsbestimmungen auch für die nach Landesrecht Versicherungsberechtigten zulässig sind, ist gesetzlich nicht ausgesprochen, wird aber anzunehmen sein.

setzungen der Weiterversicherung bei den Ortskrankenkassen übernommen, jedoch erweitert durch das Erfordernis einer halbjährigen bezw. sechswöchigen Versicherungszeit zum Schutz der Kasse vor unberechtigter Ausnutzung, durch eine Regelung der Lohnklassen, der Anzeigepflicht und durch das Erfordernis einer Erkrankung innerhalb der Anzeigefrist. Die gesetzlichen Voraussetzungen sind: 1. Ausscheidung eines Mitglieds aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung; der Grund des Ausscheidens ist gleichgültig. Für den Fall der Erwerbslosigkeit vgl. § 214. 2. Das Versicherungsverhältnis muß auf Grund der RVO oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse (§ 225) in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen — nicht notwendig ununterbrochen — oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens 6 Wochen bestanden haben. In diese Versicherungszeit wird auch die Dauer einer freiwilligen Mitgliedschaft eingerechnet, wofern nur im Augenblick der Ausscheidung eine Versicherungspflicht bestand. Die Mindestversicherungszeit muß nicht notwendig bei der letzten Krankenkasse abgelaufen sein, sie kann sich auch bei Kassenwechsel auf mehrere der genannten Kassen verteilen. 3. Regelmäßiger Aufenthalt im Inland. 4. Es darf keine neue versicherungspflichtige Beschäftigung vorliegen, welche eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse begründen würde. Ist dies nämlich der Fall, so erlischt die Mitgliedschaft bei der alten Kasse wegen der unzulässigen Doppelversicherung nach § 312 schlechthin ohne weiteres, abgesehen von zwei Ausnahmen. Bei Übernahme einer unständigen oder hausgewerblichen Beschäftigung erlischt die Mitgliedschaft erst mit der auf die Anmeldung hin erfolgenden Eintragung in das Mitgliederverzeichnis (§ 442, 3, § 468 I). 5. Entweder a) eine ausdrückliche, die Erklärung der Weiterversicherung enthaltende Anzeige [1]) an die Kasse binnen drei Wochen [2]) nach dem Ausscheiden oder im Falle der Arbeitsunfähigkeit (§ 311) nach Beendigung der Kassenleistungen. Somit ist die bisher strittige Frage, wie lange die Arbeitsunfähigen ein Recht zur Weiterversicherung haben, beseitigt. b) oder als konkludente Hand-

1) Lediglich die Krankenanmeldung genügt nicht.

2) Bisher eine Woche.

lung Zahlung der vollen satzungsmäßigen Beiträge in der gleichen Frist.

Eine Fristverlängerung, nicht dagegen Verkürzung — auch der in S. 2 II des Paragraphen genannten Frist — kann mit Zustimmung des OVA durch die Satzung bestimmt werden. Die Wirkung der Anzeige bei Vorliegen des gesetzlichen Tatbestandes innerhalb der Frist besteht stets in der Begründung der Mitgliedschaft. Aber trotz der Mitgliedschaft werden nicht für alle während dieser drei Wochen eintretenden Erkrankungen die Kassenleistungen gewährt, vielmehr hängen diese von der Zeit der Erkrankung resp. der Stellung des Antrags ab. Erfolgt die Erkrankung in der ersten dieser drei Wochen, die Anzeige aber erst in der zweiten oder dritten Woche, so erhält der Berechtigte gleichwohl die Kassenleistungen. M. a. W.: Er gilt während der ersten Woche nach seinem Ausscheiden als Mitglied und die Krankenkasse trägt für diese Zeit das Risiko der Erkrankung ohne Beitragsleistung. Tritt die Krankheit aber in der zweiten oder dritten Woche auf, so erhält er die Kassenleistungen nur, falls der Antrag in der ersten Woche gestellt wurde. Anderenfalls bei Antragstellung in der zweiten und dritten Woche hat diese Erklärung lediglich Bedeutung für die Zukunft, für die in der vierten und den folgenden Wochen auftretenden Krankheiten und wie erwähnt auch für die eventuell schon vor Ablauf der ersten Woche [1]) eingetretenen. In diesem Fall stehen dem in der zweiten und dritten Woche Erkrankten überhaupt keine Kassenleistungen zu mit Ausnahme der wegen Erwerbslosigkeit Ausgeschiedenen, denen stets die Regelleistungen für alle während den drei Wochen nach seinem Ausscheiden auftretenden Krankheiten gewährt werden ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Recht der Weiterversicherung Gebrauch machen wollen oder nicht (§ 214). Die vollen Kassenleistungen, Regel- und Mehrleistungen, erhält der wegen Erwerbslosigkeit Ausgeschiedene ebenso wie die anderen bei Erkrankung in der zweiten oder dritten Woche, wenn die Antragstellung in der ersten Woche erfolgt, während für die Erkrankungen innerhalb der ersten oder der vierten und folgenden Wochen nur die Anzeigefrist zur Erhaltung der vollen Kassenleistungen gewahrt sein muß.

1) Wo er ja als Mitglied gilt.

6. Liegen diese Voraussetzungen 1—5 vor, so hat der Versicherungsberechtigte die Wahl, ob er in seiner Klasse oder Lohnstufe verbleiben oder in eine niedere übertreten will: der Übertritt in eine höhere ist ihm versagt.

C. Erlöschen der Versicherungsberechtigung. Sind die Voraussetzungen für die Versicherungsberechtigung gegeben, so hat der Versicherungsberechtigte das Recht zum Beitritt bezw. zum Verbleiben in seiner Kasse (§§ 176, 313). Diese Versicherungsberechtigung erlischt in allen Fällen, wenn das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000 Mark übersteigt (§§ 178, 314 II). Mit dem gesetzlichen Erlöschen der Versicherungsberechtigung erlischt aber nicht ohne weiteres die Mitgliedschaft. Diese geht vielmehr erst verloren in dem Augenblick, da die Mitteilung des Vorstandes an das Mitglied, daß seine Mitgliedschaft erloschen sei, ihm zugestellt wird (§ 314 II). Umgekehrt erlischt aber nicht mit der Mitgliedschaft das Recht zur Selbstversicherung, wenn einer z. B. seinen freiwilligen Austritt erklärt hat.

Zweiter Abschnitt.

Gegenstend der Versicherung.

Nach Feststellung des Kreises der Versicherten folgen im logischen Aufbau die Leistungen der Versicherung , an die sich im dritten Abschnitt die äußere und innere Organisation der Versicherungsträger selbst anschließt.

I. Leistungen im Allgemeinen. Das KrVG unterschied zwischen gesetzlichen Mindestleistungen, die bei allen Krankenkassen in freier ärztlicher Behandlung und Krankengeld, bei den organisierten Krankenkassen — Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen, — außerdem in Wöchnerinnen-Unterstützung und Sterbegeld bestehen mußten, andererseits zwischen den satzungsmäßig freiwillig gewährten höheren Leistungen und den satzungsmäßig beschränkten Leistungen. Mit dem Wegfalle der Gemeindekrankenversicherung sind die gesetzlichen Mindestleistungen einheitlich für sämtliche Krankenkassen gestaltet. Sie werden jetzt als Regelleistungen bezeichnet und die satzungsmäßig gewährten höheren Leistungen als Mehrleistungen. Weder zu den Regel- noch zu den Mehrleistungen sind die Krankenhauspflege (§ 184), die Hauspflege (§ 185), die Unterbringung in ein Wöchnerinnenheim (§ 196) zu rechnen, da diese Art der Krankenpflege ohne Satzungsbestimmung gewährt werden kann und andererseits nicht gewährt werden muß, daher als eine freiwillige Leistung erscheint, auf die im Gegensatz zu den anderen kein Rechtsanspruch besteht. In Gegensatz zu den Regel- und Mehrleistungen treten die eingeschränkten oder anders bemessenen Leistungen für die besonderen Berufszweige (§ 417 bis § 497). Eine Beschränkung der Regel- und Mehrleistungen ist auch für die nicht besonderen Berufszweige

zulässig, ohne daß jedoch den Regel- oder Mehrleistungen ihr Charakter als Regel- oder Mehrleistung genommen wird. Daher sind diese nicht als besondere Art von Leistungen gesetzlich genannt.

Regelleistungen. § 179. Die Regelleistungen der Krankenkassen (§ 225) als die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen bestehen in Krankenhilfe, Wochengeld und Sterbegeld. Trotz der zeitlichen Beschränkung bei Rückfälligen (§ 188) oder des Ausschlusses oder der Kürzung des Krankengeldes bei ehrlosen, strafbaren Handlungen und vorsätzlichen Schlägereien (§ 192) gelten auch diese als Regelleistungen. Außer diesen zwei Fällen ist z. B. eine Kürzung bei Überversicherung (§ 189), eine tatsächliche Minderung bei dem Ordnungsstrafrecht (§ 520), ferner eine Beschränkung der Leistungen für die Versicherungsberechtigten (§ 215) möglich. Die Leistungen werden auch hier eingeschränkt und haben ebenfalls als Regelleistungen zu gelten, wenn dies auch nicht gesetzlich hervorgehoben ist. Diese Fälle haben in einem besonderen Abschnitt „Beschränkungen der Leistungen" Berücksichtigung gefunden, da neben Beschränkungen der Regelleistungen auch solche der Mehrleistungen möglich sind und so eine größere Übersichtlichkeit durch die Zusammenfassung erzielt wird.

Mehrleistungen. Gegenstand der Versicherung sind auch die durch die Satzung bestimmten Mehrleistungen. Der Umfang und Inhalt richtet sich nach der Satzung, jedoch unter Beschränkung auf die Arten und die Höchsgrenzen des Gesetzes. Die Beschränkung ergibt sich aus dem gesetzlichen Lebenszweck der Krankenkassen, der Fürsorge gegen Krankheit. Damit ist jegliche über diesen Zweck hinausgehende Leistung unzulässig (§ 323, § 179 III).

Bemessung der Barleistungen. Während für alle Versicherten der Umfang und Wert der ärztlichen Behandlung, Arznei, Heilmittel, Kur- und Verpflegung gleich ist, ist die Höhe der Barleistungen (Krankengeld, Wochengeld, Schwangerngeld, Stillgeld, Sterbegeld) für die einzelnen Versicherten verschieden. Ausschlaggebend für deren Höhe sind die Versicherungsbeiträge, die ihrerseits nach einem festen zu Grunde gelegten Maßstab dem Grundlohn bemessen werden. Gleich dem KrVG kennt die RVO drei Arten des Grundlohns. 1. den durchschnittlichen Tagesentgelt: a) Dieser

kann als Klassenlohn nach Klassen der Versicherten, für die die Kasse errichtet ist, festgesetzt werden (§ 180, I). Die Klasseneinteilung kann sich nach Berufszweigen, dem Geschlecht und Alter bestimmen. Der durchschnittliche Tagesentgelt der betreffenden Klasse bildet den Grundlohn; er darf aber 5 Mark für den Arbeitstag nicht übersteigen. Stellt er sich in Wirklichkeit höher, so bleibt er unberücksichtigt. b) Der durchschnittliche Tagesentgelt kann auch als Stufenlohn nach der verschiedenen Lohnhöhe der Versicherten stufenweise bis 6 Mark festgesetzt werden (§ 180 II). Beträgt eine Stufe 1—2 Mark z. B., so gehören alle Versicherten mit einem durchschnittlichen Tagesentgelt innerhalb dieser Grenzen in diese. Bei Äenderung des Lohnes ändert sich de Lohnstufe mit der nächsten Beitragszahlung, wenn nicht die Satzung etwas anderes bestimmt, § 318 III. In diesen beiden Fällen a und b bedarf es der Zustimmung des OVA (§ 324 III, IV). 2. Den Individuallohn, wenn der wirkliche Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten — bis 6 Mark. für den Arbeitstag — zu Grunde gelegt wird (§ 180 III).

ad 1 und 2: Der festgesetzte Grundlohn ist für die Versicherungspflichtigen und die Versicherungsberechtigten maßgebend; nur soweit die Lohnklasse oder die Lohnstufe für freiwillig Beitretende nicht reicht, hat die Satzung sie anderweit zu bestimmen. Schwierigkeiten bei der Festsetzung des Individuallohns als Grundlohn können sich für Versicherungsberechtigte naturgemäß nicht ergeben (§ 180).

3. Den Ortslohn, d. i.: „der ortsübliche Tagelohn gewöhnlicher Arbeiter" des KrVG, der prinzipiell nur bei Landkrankenkassen, ausnahmsweise auch für Ortskrankenkassen in Betracht kommt (§ 181 III). Unter dem Ortslohn ist der ortsübliche Tagesentgelt gewöhnlicher Tagearbeiter zu verstehen (§ 149). Im Gegensatz zu dem unter 1., 2. genannten Grundlöhnen setzt das OVA ihn fest nach Anhörung der Vorstände der beteiligten Versicherungsanstalten (z. B. § 1246) und nach einer gutachtlichen Äußerung des VA, das seinerseits voher die Gemeindebehörde und die Vorstände der beteiligten Krankenkassen zu hören hat (§ 159). Alsdann wird er veröffentlicht. Eine besondere Festsetzung des Ortslohns muß für Männer und Frauen für Versicherte unter 16 Jahren, von 16 bis

21 Jahren erfolgen, wobei die Versicherten unter 16 Jahren (jugendliche) in junge Leute von 14 Jahren an und Kinder unter 14 Jahren geschieden werden. Lehrlinge zählen zu den jungen Leuten. Andere Abstufungen sind unzulässig. Im übrigen wird der Ortslohn einheitlich für den ganzen Bezirk jedes VA festgesetzt, und zwar werden zuerst die Durchschnittslöhne der einzelnen Ortschaften berechnet. Aus diesen ergibt sich alsdann der Durchschnittslohn des ganzen Bezirks des VA. Ausnahmen sind zulässig, wenn die Lohnhöhe in einzelnen Ortschaften oder zwischen Stadt und Land erheblich abweicht (§ 150). Die Festsetzung (§ 151) erfolgt gleichmäßig im ganzen Reiche und zwar zunächst bis zum 31. Dezember 1914, dann immer auf vier Jahre, ohne daß die Möglichkeit von Änderungen, z. B. bei erheblichen Schwankungen ausgeschlossen wäre; jedoch gelten diese Änderungen nur bis zur nächsten allgemeinen Festsetzung. Alle Änderungen treten erst zwei Monate nach ihrer Veröffentlichung in Kraft, ohne jedoch auf schwebende Unterstützungsansprüche einen Einfluß auszuüben (§ 211). Neben der gleichzeitigen Festsetzung ist auch die einheitliche Veröffentlichung aller geltenden Festsetzungen, sowie einer Liste der inzwischen vorgenommenen Änderungen — mindestens alljährlich im Zentralblatt für das deutsche Reich vor Beginn jedes Vierteljahrs — durch den Reichskanzler gewahrt (§ 152).

Bedeutung des Ortslohns. Der Ortslohn wird nur ausnahmsweise bei den Landkrankenkassen zugelassen und nur unter der Voraussetzung, daß die Satzung ihn bestimmt. Bei einem Teil der Landkassenpflichtigen ist er erforderlich, weil z. B. der Lohn der ständigen Arbeiter und Hausgewerbetreibenden sich nicht in anderer Weise berechnen läßt. Aus dieser Ausnahmestellung erklären sich folgende Bestimmungen: a) In den Bezirken ohne allgemeine Ortskrankenkassen (§ 230) sind die Ortskassenpflichtigen (§ 234) landeskassenpflichtig (§ 237); mithin wäre auch für sie der Ortslohn maßgebend. Jedoch muß für sie der Klassenstufen- oder Individuallohn besonders als Grundlohn bestimmt werden. Dieser Mußverschrift liegt der Gedanke zu Grunde, daß der Ortslohn in der Regel niedriger sein wird als die anderen Arten des Grundlohns, infolgedessen die Ortskassenpflichtigen auch niedrigeres Krankengeld als bei Bestehen der Ortskrankenkassen beziehen

würden; vor diesem Nachteil sollen sie geschützt werden. § 181 II Satz 2. b) Umgekehrt können gleiche Berücksichtigung die an sich Landkassenpflichtigen (§§ 235, 236) in Bezirken ohne Landkassen (§§ 227—229), die alsdann ortskassenpflichtig sind, finden, indem der Ortslohn für sie als Grundlohn festgesetzt werden kann mit Ausnahme für die Betriebsbeamten, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung. sowie für Facharbeiter [1]), für die nie der Ortslohn als Grundlohn festgesetzt werden darf. Hat die Satzung eine Berücksichtigung der Landkassenpflichtigen nicht getroffen, so kann das OVA die Aufnahme einer solchen Be-Bestimmung anordnen (§ 181 III) [2]). In diesen Fällen (a, b), wo der Grundlohn der Ortskassen- resp. Landkassenpflichtigen vom regelmäßigen Grundlohn der Krankenkassen abweicht, demnach die Beitragserhebung und Unterstützungsleistungen für einen Teil der Versicherten besonders gestaltet ist, ist eine getrennte Buchführung zur Feststellung vorgeschrieben [3]), soweit die oberste Verwaltungsbehörde nichts anderes bestimmt (§ 181 IV).

Die einzelnen Arten der Regelleistungen. Wie bereits angedeutet, sind mit dem Wegfall der Gemeindekrankenversicherung die Regelleistungen einheitlich für sämtliche Krankenkassen (§ 225) gestaltet. Sie bestehen in Krankenhilfe (A), Wochengeld (B) und Sterbegeld (C) und als Regelleistungen gelten auch die beschränkten Leistungen bei Rückfälligen (§ 188) und bei Ausschluß oder Kürzung des Krankengeldes (§ 192).

A. I. Krankenhilfe. § 182. Die Krankenhilfe im engeren Sinne umfaßt Krankenpflege und Krankengeld, i. w. S. aber auch die Krankenhauspflege, die Hauspflege, das Hausgeld, Fürsorge für Genesende, Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung.

---

1) Facharbeiter im Unterschied zum gewöhnl. landwirtschaftl. Arbeiter ist derjenige, der zur Ausübung seines Berufs besonderer fachlicher Kenntnisse bedarf wie: Förster, Gärtner, Müller, Stellmacher, Schmiede, Maurer, Maschinenführer, Heizer; Gehilfen und Gesellen, die eine fachmäßige Lehr- und Ausbildungszeit erhalten haben.

2) Im Falle a ist die Festsetzung des Ortslohns Mußvorschrift.

3) Zur Feststellung der durch die verschiedene Gestaltung des Grundlohns hervorgerufenen finanziellen Wirkungen, nebenbei auch aus statistischen Gesichtpunkten.

Neuerungen sind durch die Festlegung des Begriffs der Krankenpflege, der ärztlichen Behandlung (§ 182 Z. 1), durch die Abänderung der Höchstdauer der Krankenhilfe (§ 183), die Einführung der Hauspflege, § 185, getroffen.

Die Krankenhilfe besteht in Krankenpflege und Krankengeld; an Stelle der Krankenhilfe kann Krankenhauspflege mit Hausgeld (§ 184/186) treten und als Ersatz für die Krankenhauspflege Hauspflege gewährt werden (§ 185).

Beginn. Inhalt. 1. Krankenpflege wird vom Beginn der Krankheit, also ohne Karenzzeit, gewährt, und zwar frei, d. h. ohne Kosten für die Versicherten, wenn man von der Beitragsleistung absieht. Der Begriff der Krankenpflege umfaßt a) ärztliche Behandlung (§ 122). Für sie gilt der bisher gewohnheitsmäßig, jetzt gesetzlich festgelegte Grundsatz, daß sie nur durch inländische approbierte Ärzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte [1]) geleistet werden kann, und zwar durch inländisch approbierte Aerzte mit einer Ausnahme. Die in den Grenzgebieten tätigen ausländischen Ärzte sind unter der Voraussetzung der Verbürgung der Gegenseitigkeit den durch die inländische Behörde Approbierten gleichgestellt, auch ohne besondere gesetzliche Vorschrift. Von dem Grundsatz der Behandlung durch approbierte Aerzte sind drei Ausnahmen zulässig: aa) die ärztliche Behandlung umfaßt die Hilfeleistungen anderer Personen, wie Bader, Hebammen [2]), Heildiener, Heilgehilfen, Krankenwärter, Masseure und dergl., sowie Zahntechniker nur dann, wenn der Arzt (Zahnarzt) die Anordnung oder, wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt (Zahnarzt) zugezogen werden kann (§ 122 I S. 2). bb) Wie weit auch sonst Hilfspersonen innerhalb der staatlich anerkannten Befugnisse selbständige Hilfe leisten können, kann die oberste Verwaltungsbehörde bestimmen. Es kommen Personen in Betracht, denen landesgesetzlich das Recht und die Fähigkeit zu niederen Heildiensten zugestanden ist, z. B. Bader oder nicht voll approbierte

1) Also Zahnkrankheiten können auch durch approbierte Ärzte und approbierte Zahnärzte behandelt werden.

2) Hebammen können nicht bei normalem Wochenbett, das nicht als Krankheit anzusehen ist, in Betracht kommen.

Personen, wie z. B. in Württemberg Wundärzte zweiter Klasse (§ 122 II). cc) Eine ergänzende Ausnahmevorschrift zu § 122 ist endlich im § 123 gegeben. Während nach § 122 nur in dringenden Fällen oder auf Anordnung des Arztes Zahntechniker die Behandlung übernehmen durften, ist hier allgemein den Zahntechnikern gestattet, Zahnkrankheiten mit Ausnahme der Mund- und Kieferkrankheiten zu behandeln, wofern der Versicherte zugestimmt hat [1]). Wieweit auch sonst, d. h. außer der gesetzlich zugelassenen Behandlung mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten Zahntechniker bei Zahnkrankheiten selbständige Hilfe leisten können, bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde; desgleichen kann sie bestimmen, wie weit dies auch Heilgehilfen und Heildiener tun können. Sie bestimmt ferner, wer als Zahntechniker im Sinne dieses Gesetzes anzusehen ist. Die Zulassung zur Kassenpraxis kann von einer Prüfung abhängig gemacht werden.

Ob die Versicherten sich nur durch bestimmte Kassenärzte oder nach ihrer Wahl durch einen Arzt, der sich den von der Kasse aufgestellten Bedingungen unterworfen hat, behandlen lassen müssen resp. dürfen, hängt von den mit den Ärzten abgeschlossenen schriftlichen Verträgen ab, da weder das Kassenarztsystem noch das System der beschränkten freien Aerztewahl gesetzlich bevorzugt worden ist (§ 368).

b) Ferner umfaßt die Krankenpflege Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln [2]). Gewährt die Kasse nicht pflichtgemäß die ärztliche Behandlung, Arznei etc., so kann der Versicherte sich das Nötige selbst beschaffen und Ersatz verlangen (§§ 545, 1636).

2. Neben der Krankenpflege wird als Krankenhilfe Krankengeld in Höhe des halben Grundlohns für jeden Arbeitstag [3]) als

1) Wie das Vertragsverhältnis zu den Zahntechnikern zu regeln ist, bleibt dem freien Ermessen der Krankenkassen überlassen, da § 374 auf sie keine Anwendung findet.

2) Es soll dasselbe ausgedrückt sein, wie durch ähnliche kleinere Heilmittel des KrVG.

3) Das sind nur solche Tage, an denen der Erkrankte tatsächlich arbeitet, mag dies auch ein besonderer Feiertag sein. Über Beitragserhöhung vgl. § 284/III.

Ersatz für den Arbeitsausfall gewährt, wenn die Krankheit den Versicherten ardbeitsunfähig macht. Demgemäß muß die Krankheit in ursächlichem Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit [1]) stehen. Arbeitsunfähigkeit bedeutet dasselbe wie die bisherige „Erwerbsunfähigkeit", d. h. daß der Kranke nicht oder doch nur unter der Gefahr einer Verschlimmerung seiner Krankheit seine bisherige Berufstätigkeit auszuüben im Stande ist ohne Rücksicht darauf, ob der Erkrankte unter Umständen in der Lage ist, eine andere Arbeit zu leisten, zu einem anderen Berufe überzugehen, der womöglich seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht. Das Krankengeld wird vom vierten Krankheitstage ab bezahlt, d. i. wie bisher der dritte Tag nach der Erkrankung. Tritt dagegen die Arbeitsunfähigkeit erst später, d. h. nach Ablauf der dreitägigen Wartezeit ein, so wird es erst vom Tage des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Was das Verhältnis des Krankengeldes zur Invalidenrente betrifft,, so laufen beide selbständig nebeneinander her, ohne daß ein Ersatzanspruch seitens einer der Versicherungsträger besteht, während bei gleichzeitiger Zahlung der Unfallrente der Krankenkasse ein beschränkter Ersatzanspruch zusteht (§ 1501).

II. Stellvertretungsleistungen. 1. Krankenhauspflege. § 184. An Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes kann die Kasse ohne Satzungsbestimmung Krankenhauspflege gewähren; sie besteht in Kur und Verpflegung in einem Krankenhause. Die Kasse soll die Krankenhauspflege nach pflichtgemäßem Ermessen einleiten, wenn das Interesse des Versicherten es erheischt; einen Rechtsanspruch hat dieser nicht, jedoch kann die Aufsichtsbehörde unter Umständen einwirken (§§ 30, 377). Auch ist der Beschwerdeweg zulässig (§ 1791). Die Krankenhauspflege kann stattfinden 1. mit Zustimmung des Kranken: a) falls er einen eigenen Hausshalt hat, der unabhängig von einer Verheiratung sein kann [2]) oder b), falls er Mitglied des Haushalts seiner Familie ist.

---

1) Arbeitsunfähigkeit infolge Alters gibt keinen Anspruch. Bei Arbeitsunfähigkeit keine Beiträge (§ 383).

2) Nach dem KrVG war nur der Haushalt des Verheirateten wesentlich.

c) oder der Kranke ein Minderjähriger über 16 Jahre ist, mag der gesetzlichn Vertreter auch widersprochen haben; denn die Zustimmung des Minderjährigen „genügt". Andererseits kann aber der gesetzliche Vertreter seine Zustimmung erteilen, wenn der Minderjährige eine Krankenhausbehandlung weigert. Damit sind allerdings etwaige Schwierigkeiten seitens des Vaters oder des Kindes aus dem Wege geräumt, aber gleichzeitig wird die Frage akut, ob die Geschäftsfähigkeit Minderjähriger kraft Ermächtigung nach § 113 BGB durch diese Bestimmung berührt wird. Die Frage ist zu verneinen, da die Geschäftsfähigkeit sich nur auf die Eingehung oder Aufhebung des gestatteten Dienstverhältnisses oder die Erfüllung solcher Verpflichtungen bezieht.

2. Ohne Zustimmung des Kranken, wenn a) die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Erkrankten nicht möglich ist; b) die Krankheit ansteckend ist; c) der Erkrankte wiederholt die Krankenordnung (§ 347) oder die Anordnungen des behandelnden Arztes übertreten hat; d) sein Zustand oder Verhalten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert. In den Fällen 2 a, b, d soll die Kasse möglichst Krankenhauspflege gewähren. Regelmäßig wird der Kranke die freie unbeschränkte Auswahl unter mehreren Krankenhäusern nicht haben. Denn der Vorstand kann durch die Satzung ermächtigt werden, die Krankenhausbehandlung, abgesehen von dringenden Fällen, nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren und die Bezahlung anderer Krankenhäuser abzulehnen (§ 371). In diesem Regelfall hat der Versicherte nur die Auswahl unter diesen. Sind keine Verträge abgeschlossen, stehen mehrere geeignete Krankenhäuser zur Verfügung, die bereit sind, die Krankenhauspflege zu gleichen Bedingungen zu übernehmen, so soll die Auswahl zwischen ihnen dem Berechtigten überlassen bleiben (§ 184 V).

Hausgeld. § 186. Hausgeld muß neben der Krankenhauspflege für die Angehörigen im Betrage des halben Krankengeldes gezahlt werden, falls der Versicherte Angehörige bisher von seinem Arbeitsverdienst ganz oder überwiegend, also nicht notwendig ausschließlich, unterhalten hat. Das Hausgeld kann unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden, ohne daß diese hierdurch an-

spruchsberechtigte Subjekte würden. Anspruchsberechtigt bleibt der Versicherte.

2. Hauspflege. § 185. Eine Neuerung ist in Ergänzung des § 184 durch einen Ersatz für die Krankenhauspflege die Hauspflege getroffen. Ist die Aufnahme des Kranken in ein Krankenhaus zwar geboten, aber nicht ausführbar, z. B. wegen des Zustands des Kranken oder Überfüllung des Krankenhauses oder liegt ein wichtiger Grund [1]) vor, den Kranken in seinem Haushalt oder in seiner Familie zu belassen, so kann die Kasse — ohne Satzungsbestimmung — mit Zustimmung des Versicherten Hilfe und Wartung durch Krankenschwestern oder andere Pfleger in diesen Fällen gewähren, ohne daß hiermit die Hauspflege sonst unbedingt ausgeschlossen wäre, wie aus dem „namentlich" hervorgeht. Während bei der Krankenhauspflege ein Hausgeld gezahlt wird, ist hier mit Rücksicht auf die höheren Ausgaben von einem solchen abzusehen, ja ein Abzug bis zu ¼ des Krankengeldes statthaft, falls die Satzung es erlaubt. Die Begrenzung des Abzugs hat ihren Grund in den Ausgaben für die Beköstigung des Kranken in der Familie.

III. Dauer der Krankenhilfe. Bisher war die zeitliche Hilfsdauer der Krankenunterstützung 51 Wochen und 6 Tage; die 26-wöchige Dauer des Krankengeldbezugs war im Falle der nicht gleichzeitig mit der Krankheit auftretenden Erwerbsunfähigkeit stets von dem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit, dem erstmaligen Beginn des Krankengeldbezugs an zu rechnen, ohne daß eine Zwischenzeit, in der die Arbeitsfähigkeit bei anhaltender Krankheit wieder eintrat, also kein Krankengeld bezogen wurde, zu Gunsten des Versicherten abgerechnet wurde; außerdem wurde eine Unterstützung über die ersten 26 Wochen hinaus nur solange gewährt, als die Voraussetzung einer ununterbrochenen Erwerbsunfähigkeit vorlag. § 6 II KrVG.

§ 183. Grundsätzlich ist nach wie vor die regelmäßige Dauer der Krankenhilfe (Krankenpflege und Krankengeld) 26 Wochen, gerechnet vom Beginn der Krankheit an, d. h. der Kassenunterstützung, nicht etwa des Krankheitszustandes. Daher kann ein

1) Verheiratetsein allein genügt nicht.

Versicherter rückständige Forderungen für die frühere Zeit nachverlangen oder aber vom Zeitpunkt der gewährten Krankenhilfe diese für volle 26 Wochen in Anspruch nehmen. Eine Ausnahme von dem erwähnten Grundsatz gilt für den Fall, daß die Arbeitsunfähigkeit und somit der Krankengeldbezug später als die Krankheit eintritt; hier werden die 26 Wochen von dem Krankengeldbezug an gerechnet. Fällt nun in den Krankengeldbezug eine Zeit, in der bei Arbeitsfähigkeit demgemäß nur Krankenpflege gewährt wird, so wird diese Zeit auf die Dauer des Krankengeldbezugs nicht eingerechnet. M. a. W.: Es wird grundsätzlich lediglich die Dauer der Arbeitsunfähigkeit [1]), des Krankengeldbezugs gerechnet, allerdings unter der Einschränkung, daß eine 13 Wochen übersteigende vorübergehende Arbeitsfähigkeit, in der nur Krankengeld gewährt wird, auf die Dauer des Krankengeldbezugs gleichwohl angerechnet wird. Daher beträgt die zulässige gesetzliche Höchstdauer der Krankenhilfe 64 Wochen und 6 Tage, m. a. W.: vom Beginn der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit besteht ein Anspruch auf Krankenhilfe für höchstens 39 Wochen. Ist in einem solchen Falle das Krankengeld über die 26. Woche nach Beginn der Krankheit hinaus zu zahlen, so endet dem bisherigen Recht entsprechend mit seinem Bezug auch der Anspruch auf Krankenpflege und zwar auch dann, wenn an sich noch Krankenpflege erforderlich wäre.

Die selbstverständliche Voraussetzung des Bezugs der Krankenunterstützung ist die Mitgliedschaft, für deren Begründung und Dauer die entgeltliche Beschäftigung prinzipiell maßgebend ist. Ausnahmsweise aber erlischt durch Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe nach § 311 nicht die Mitgliedschaft; während dieser Zeit werden auch keine Beiträge erhoben (§ 383). Während in diesem Falle die Mitgliedschaft kraft Gesetzes fortdauert und daher die Ansprüche begründet sind, ist bei Ausscheiden wegen Erwerbslosigkeit die Kassenmitgliedschaft beendigt; aber trotzdem verbleibt dem Ausgeschiedenen der Anspruch auf die Regelleistungen unter gewissen Voraussetzungen (§ 214).

---

1) Die nicht ununterbrochen anzuhalten braucht.

B. Wochengeld. Das Wochengeld fällt unter den Begriff der Wochenhilfe, die alle Leistungen umfaßt, welche die Krankenkasse ihren weiblichen Mitgliedern vor oder nach der Niederkunft gewährt. Das Wochengeld ist mit dem Wegfall der Gemeindekrankenversicherung zur Regelleistung aller Krankenkassen geworden. Es ist um zwei Wochen von 6 auf 8 Wochen (§ 195) erhöht worden; auch kann neuerdings Aufnahme in ein Wöchnerinnenheim (§ 196) oder Hauspflege (§ 198) gewährt werden und genießen die Wöchnerinnen jetzt einen erhöhten Schutz durch § 197.

§ 195. Das Wochengeld wird verheirateten und unverheirateten Wöchnerinnen gewährt, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens 6 Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung [1]) oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind. Das Wochengeld ist eine rechtlich selbständige Leistung und von der sonst erforderlichen Voraussetzung der Arbeitsunfähigkeit unabhängig. Das Wochengeld ist in gleicher Höhe wie das Krankengeld zu gewähren (§§ 182 II, 191 I). Bei der Zahlung des Wochengeldes besteht gleichzeitig kein Anspruch auf ärztliche Behandlung, sofern es sich um ein normal verlaufendes Wochenbett handelt; dieses ist im medizinischen Sinne nicht als Krankheit anzusehen. Ist jedoch eine Erkrankung im Wochenbett eingetreten, so gelten die allgemeinen Vorschriften über Gewährung der Krankenhilfe, der ärztlichen Behandlung, von Hebammendiensten, §§ 182, 122. Das Wochengeld wird für 8 Wochen gewährt, von denen mindestens 6 — und zwar zusammenhängend — in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen. Daher wird ¼ des Wochengeldes in Wirklichkeit als Schwangerengeld gezahlt. Die achtwöchige Unterstützungszeit ist aus der Gew. O. § 137 VI genommen, gilt aber hier nicht nur wie dort für die gewerblichen Arbeiter, sondern auch für die nicht gewerblich Beschäftigten.

Ersatzleistung, § 196. Eine Ersatzleistung ist stets nur mit Zustimmung der Wöchnerin ohne Rücksicht auf das Vorhandensein

---

1) Bisher genügte Mitgliedschaft bei Innungs- und Ersatzkassen nicht.

eines eigenen Haushalts zulässig[1]). Die Kasse kann 1. an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim nebst Hausgeld (§ 186) gewähren. 2. Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen gewähren und dafür bis zur Hälfte, nicht wie sonst: ¼, des Wochengelds abziehen.

Erstattungspflicht. § 197. Eine Erstattung ist den Krankenkassen untereinander vorgeschrieben, um Schwangere, die ihrer Niederkunft alsbald entgegensehen, davor zu schützen, zu anderen Krankenkassen abgeschoben zu werden. Die Erstattungspflicht tritt nur auf Verlangen ein und unter der Voraussetzung, daß die Wöchnerin während des letzten Jahres bei mehreren Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen versichert gewesen ist. Für die Leistungen aus den §§ 195, 196, also nicht für die Mehrleistungen, ist der Betrag des Wochengeldes nach Verhältnis der Mitgliedschaft der leistungspflichtigen Kasse zu erstatten.[2])

C. Sterbegeld. § 201. Dieses ist aus demselben Grunde wie das Wochengeld jetzt zur Regelleistung sämtlicher Krankenkassen geworden. Änderungen sind nicht eingetreten. Es beträgt das Zwanzigfache des Grundlohns und wird gezahlt a) unbedingt, wenn der Versicherte während der Krankenunterstützung stirbt (§ 201), b) bedingt, wofern der als Mitglied der Kasse Erkrankte binnen einem Jahr nach Ablauf der Krankenhilfe an derselben Krankheit stirbt und er bis zum Tode arbeitsunfähig gewesen ist (§ 202).

§ 203. Das Sterbegeld gebührt demjenigen, der das Begräbnis besorgt hat. Nach Bezahlung der Begräbniskosten ist ein etwaiger Überschuß dem Ehegatten, den Kindern, dem Vater, der Mutter, den Geschwistern in dieser Reihenfolge auszuhändigen, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Fehlen solche Berechtigten, so verbleibt der Überschuß der Kasse.

Mehrleistungen. Die zweite Art der Leistungen sind die Mehrleistungen, das sind diejenigen, die freiwillig nach der Satzung

---

1) Vgl. § 184.

2) Das VA entscheidet im Spruchverfahren (1771) bei Streit über Erstattungsansprüche (§ 324 Z. 1).

der Kasse gewährt werden. Ihr Umfang und Inhalt ist gesetzlich begrenzt (§ 179 III). Innerhalb der Höchstgrenze steht der Satzung die Bemessung der Leistung zu. Der Unterschied in den Arten der Mehrleistungen, wie er früher zwischen der Gemeindekrankenversacherung und den organisierten Krankenkassen bestand, ist weggefallen; sie sind einheitlich für alle Krankenkassen geregelt und um einige noch vermehrt worden, die am Schluß des Abschnitts zusammengefaßt sind. Die Satzung kann:

a) Bei Krankenhilfe. 1. die Dauer der Krankenhilfe bis auf ein Jahr erweitern (§ 187 I); 2. Fürsorge für Genesende gewähren, die auch in Krankenkost bestehen kann, namentlich aber durch Unterbringung in einem Genesungsheim [1]), bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe (§ 187 Z. 2). 3. Das Krankengeld bis auf ¾ des Grundlohns erhöhen und es allgemein für Sonn- und Feiertage zubilligen (§ 191 I). Damit ist die bisherige Voraussetzung, einstimmiger Beschluß der Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten oder ein Reservefond in gesetzlicher Höhe (§ 21 I Z. 1 a KrVG), fallen gelassen, wofern nicht 4½ % des Grundlohns als Beitrag überschritten wird (§§ 388, 389). Billigt die Satzung das Krankengeld nicht allgemein für Sonn- und Feiertage zu, so kann sie die Beiträge für solche Mitglieder entsprechend erhöhen, für welche die Sonn- und Feiertage Arbeitstage sind (§ 384 III). 4. Die Karenztage beseitigen, also das Krankengeld schon vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an zubilligen, allerdings nur bei Krankheiten, die länger als eine Woche dauern [2]), zum Tode führen oder durch Betriebsunfall verursacht worden sind, sowie bei anderen Krankheiten mit Zustimmung des OVA, dessen Entscheidung endgültig ist (§§ 191 II, 324 III). Von den bisher geltenden Voraussetzungen (wie z. B. 3) ist ebenfalls abgesehen, dagegen ist die Beseitigung der Karenztage gegenüber dem KrVG erschwert durch das Erfordernis bestimmter Krankheiten bezw. der Zustimmung des OVA mit Rücksicht auf eine eventuell zu hohe Belastung der

1) Ist nur beispielsweise angeführt, können auch z. B. Walderholungsstätten sein.

2) Das Krankengeld für die Karenztage ist erst nach Ablauf der einwöchigen Krankheitsdauer zu zahlen. Ausnahme von § 210.

Krankenkasse, auch, um den Zweck der Karenzzeit, die Simulation zu verhindern, nicht illusorisch zu machen. 5. Bei der Krankenpflege noch andere als kleinere Heilmittel, insbesondere Krankenkost zubilligen (§ 193 II). 6. Versicherten, die freiwillig Mitglieder der Kasse bleiben (§ 313) statt der Krankenpflege den Bezug mindestens des halben Krankengeldes dann zubilligen, wenn sie sich nicht im Bezirk der Kasse oder in dem des VA aufhalten (§ 193 III). Dieser Betrag hat nicht die rechtliche Natur des Krankengeldes, sodaß z. B. eine Kürzung (§§ 189, 192) ausgeschlossen wäre. Er ist nur solange zu gewähren, wie die Krankenpflege zu gewähren sein würde. 7. Das Hausgeld bis zum Betrage des gesetzlichen Krankengeldes erhöhen (§ 194 Z. 1). 8. Versicherten, für die kein Hausgeld (§ 186) zu zahlen ist, also den Unverheirateten, neben der Krankenhauspflege ein Taschengeld, nämlich Krankengeld bis zur Hälfte des gesetzlichen, zubilligen (§ 194 II).

b) *Bei Wochenhilfe.* 9. Ehelich oder unehelich Geschwängerten (§ 199), die der Kasse [1]) mindestens 6 Monate angehören: a) ein Schwangerengeld in Höhe des Krankengeldes bis zur Gesamtdauer von 6 Wochen, die auf die Zeit der Schwangerschaft verteilt sein können, zubilligen. Voraussetzung ist Arbeitsunfähigkeit als Folge der Schwangerschaft; ist die Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit entstanden, so gilt § 182. Das Schwangerengeld ist ebenso wie das Wochengeld eine rechtlich selbständige Leistung. Für die Dauer des Schwangerengeldbezuges sind keine Beiträge zu entrichten (§ 383 III). b) Hebammendienste und ärztliche Behandlung, die bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden, zubilligen (§ 199 Z. 3).

c) *Beim Sterbegeld.* 10. Das Sterbegeld bis zum 40fachen Betrag des Grundlohns erhöhen, auch den Mindestbetrag auf 50 Mark festsetzen (§ 204).

d) Bei Familienhilfe. 11. Familienhilfe zubilligen. Dieser Begriff umfaßt alle die Fälle, in denen die satzungsmäßigen Mehrleistungen den Familienangehörigen der Versicherten gewährt werden: a) Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten (§ 205 Z. 1). Somit kennt die RVO keine

1) 6monatige Versicherung bei verschiedenen Kassen genügt also nicht.

Krankenpflege mehr auf besonderen Antrag (§ 21 Z. 5 KrVG), sondern nur ihre allgemeine Gewährung, allerdings im Gegensatz zu früher (§ 22 III KrVG) mit der Ermächtigung, Zusatzbeiträge allgemein zu erheben (§ 384 II RVO); ihre Erhebung war nur bei Gewährung von Krankenpflege auf besonderen Antrag seither zulässig. b) Sterbegeld beim Tad eines Kindes oder des Ehegatten eines Versicherten, also auch beim Tode des Ehemanns, nicht allein, wie bisher, bei dem der Ehefrau. Es kann für den Ehegatten bis auf ⅔, für ein Kind bis auf die Hälfte des Mitgliedersterbegeldes bemessen werden und ist um den Betrag des Sterbegeldes zu kürzen, auf das der Verstorbene selbst gesetzlich versichert war (§ 205 Z. 3). Der Unterschied gegenüber dem § 21 Z. 7 KrVG besteht in der Beseitigung einer Härte, die durch die Voraussetzung, daß die genannten Familienangehörigen nicht selbst gesetzlich versichert sein durften, geschaffen wurde. Standen diese in einem gesetzlichen Versicherungsverhältnis, kraft dessen ihren Hinterbliebenen ein Anspruch auf Sterbegeld zustand, so erhielten die Kassenmitglieder keine Familienunterstützung und waren unter Umstände schlechter gestellt, als ohne die Versicherung ihrer Familienangehörigen, nämlich wenn das Sterbegeld aus der Versicherung ihrer Familienangehörigen geringer war, als das auf Grund der Familienunterstützung gewährte. Jetzt wird bei einer solchen doppelten Versicherung das auf Grund der Familienunterstützung gewährte Sterbegeld nicht ausgeschlossen, vielmehr ausgezahlt, allerdings gekürzt um das Sterbegeld aus der Versicherung der Familienangehörigen. Ist letzteres niedriger als das kraft Familienhilfe zu zahlende, so erhält das Kassenmitglied stets die Höhe des kraft Familienhilfe gewährten Sterbegeldes. Ist er umgeekhrt höher, so wird das kraft Familienhilfe zu gewährende gar nicht ausgezahlt (§ 205 Z. 3). — Diese Arten der Familienhilfe (a, b) können gleichzeitig, es kann aber auch nur eine Art und auch diese nur teilweise je nach der Satzungsbestimmung gewährt werden, da in dem Gesetz lediglich die zulässigen Hilfeleistungen bestimmt sind; dagegen ist eine Bevorzugung einzelner Kassenmitglieder unzulässig.

Neue Mehrleistungen. 12. Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung zubilligen, die nach beendigten Heilverfahren

nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten, zum Beispiel: Krücken, künstliche Gliedmaßen (§ 187 III).

13. Einen Höchstbetrag für kleinere Heilmittel mit Zustimmung des OVA festsetzen, auch bestimmen, daß die Kasse bis zu dieser Höhe einen Zuschuß für größere Heilmittel gewähren kann (§§ 193, 324 III). Durch die Möglichkeit eines Zuschusses in Höhe des Wertes der kleineren Heilmittel ist dem Mangel abgeholfen, daß die Versicherten früher jeglicher Beihilfe verlustig gingen, sofern die Heilmittel nicht mehr unter den Begriff der kleineren Heilmittel fielen, während sie jetzt unter eigener kleinerer Zugabe sich solche größeren Heilmittel leichter beschaffen können.

14. Versicherungspflichtigen Ehefrauen oder allen weiblichen Versicherungspflichtigen, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens 6 Monate hindurch auf Grund der RVO oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind, Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe, die bei der Niederkunft erforderlich werden, zubilligen (§ 198). Selbstverständliche Voraussetzung ist ein normal verlaufendes Wochenbett; im Falle der Krankheit tritt § 182 ein. § 21 Z. 4 KrVG ließ zwar Hebammendienste, aber keine ärztliche Geburtshilfe zu.

15. Stillgeld bis zur Höhe des halben Krankengeldes und bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft Wöchnerinnen [1]) unter der Voraussetzung des § 195 I zubilligen (§ 200). Das Stillgeld wird neben dem Wochengeld bezahlt. Die Vorschrift ist zur Säuglingsfürsorge erlassen.

16. Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen der Versicherten zubilligen. Daher können ihnen jetzt sämtliche Leistungen (§§ 195—200) gewährt werden, während bisher nach § 21 Z. 5 KrVG die Zahlung einer Wöchnerinnenunterstützung als unzulässig erschien.

Beschränkte Leistungen. Außer den Fällen der §§ 188, 192, die nach § 179 II gesetzlich als Regelleistungen bezeichnet sind, sind Beschränkungen der Leistungen, der Regel- wie Mehrleistungen, entweder kraft Gesetzes oder Satzungsbestimmung oder Bundesratsbeschluß möglich. Rechtlich behalten diese Leistungen

1) d. h. solange sie ihre Neugeborenen stillen.

ihren Charakter als Regel- bezw. Mehrleistungen, auch wenn das Gesetz dies für den Fall der Beschränkung nicht besonders hervorgehoben hat. Neu ist die Kürzung des Schwangerengeldes (§ 199 II) und die Beschränkung der Regelleistungen für Versicherungsberechtigte (§ 215). Im übrigen sind kleinere Veränderungen in den §§ 188, 192 eingetreten.

I. Kraft Gesetzes. Bei der Überversicherung (§ 189). Die Überversicherung ist eine Doppelversicherung, d. h. eine gleichzeitige Mitgliedschaft bei mehreren Versicherungen die Voraussetzung. Die Doppelversicherung ist an sich zulässig, doch soll die aus der Doppelversicherung erwachsende Überversicherung hinsichtlich des Krankengeldes vermieden werden, damit der Kranke nicht ein höheres Krankengeld erhält, als er im gesunden Zustand an Lohn für seinen Arbeit verdienen könnte. Eine gleichzeitige Versicherung bei mehreren Krankenkassen (§ 225) oder bei einer solchen und einer knappschaftlichen Krankenkasse ist nach § 312 ausgeschlossen, zulässig dagegen bei einer Krankenkasse und einer „anderen Versicherung". Ob unter einer anderen Versicherung nur die Versicherungsverhältnisse zu verstehen waren, die einen klagbaren Rechtsanspruch erzeugten oder auch solche, bei denen ohne Rechtsanspruch eine tatsächliche Leistung nur je nach den vorhandenen Mitteln erfolgte[1]), war bisher bestritten. Das Gesetz hat jetzt lediglich den tatsächlichen Bezug, nicht den klagbaren Rechtsanspruch als Voraussetzung für die Kürzung festgelegt, wie aus einem „erhält" (§ 189) nebenbei hervorgeht. Die Kürzung der Leistung der Krankenkasse hat soweit zu erfolgen, daß das gesamte Krankengeld des Mitglieds den Durchschnittsbetrag seines täglichen Arbeitsverdienstes — nicht etwa des Durchschnitts seiner Lohnklasse — übersteigt. Jedoch ist diese Vorschrift nicht unbedingt zwingender Natur. Die Satzung kann die Kürzung ganz oder teilweise ausschließen.

Zur Durchführung der Vermeidung von tatsächlichen Doppelleistungen kann die Satzung die Mitglieder verpflichten, dem Vorstand, wenn sie Krankengeld oder die Ersatzleistungen — also nicht bei Krankenpflege — dafür beanspruchen, die Höhe der Bezüge mit-

1) Wie z. B. bei Gewerkschaften, Innungskassen, Militärvereinen.

zuteilen, die sie gleichzeitig aus einer anderen Krankenversicherung erhalten. Die Frage, aus welcher Versicherung die Bezüge herrühren, ist nicht gestattet, um einen Mißbrauch dieser Vorschrift zur Feststellung der Organisationszugehörigkeit auszuschließen (§ 190). Die Verletzung der Vorschrift ist mit Strafe bedroht (§ 529). Der Versicherte kann auch dann bestraft werden, wenn die Zahlung aus der Versicherung und dem Krankengeld nicht den Durchschnittsbetrag seines täglichen Arbeitsverdienstes ausmacht und er aus diesem Grunde von der Meldepflicht befreit zu sein glaubte.

II. Durch die Satzung. Die Satzung kann 1. den Abzug bis zu einem Viertel des Krankengeldes bei Hauspflege gestatten (§ 185 II), 2. die Krankenhilfe bei Rückfälligen auf die Regelleistungen beschränken (§ 188). Es muß sich handeln um: a) Versicherte, die auf Grund der Reichsversicherung oder einer knappschaftlichen Krankenkasse oder aus einer Ersatzkasse binnen 12 Monaten bereits für 26 Wochen hintereinander oder insgesamt Krankengeld [1]) oder die Ersatzleistungen [2]) dafür bezogen haben. b) Um einen neuen Versicherungsfall, der im Laufe der nächsten 12 Monate eintritt, c) und zwar muß er auf derselben nicht gehobenen Krankheitsursache beruhen. Der Unterschied gegenüber dem bisherigen Recht besteht darin, daß die Krankenunterstützungen nur nach Maßgabe der RVO von irgend einer Krankenkasse bezogen sein müssen und an der Voraussetzung der Identität der zuerst und bei dem Rückfall unterstützungspflichtigen Krankenkasse nicht festgehalten wird. Der Vorteil besteht in dem Schutz vor Chronischkranken, die jetzt nicht mehr wie früher durch Wechsel des Berufs und damit der Kassenmitgliedschaft die Krankenkassen dauernd belasten können. 3. Das Krankengeld ganz oder teilweise versagen, wenn die Mitglieder a) die Kasse durch eine strafbare Handlung geschädigt haben, die mit Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedroht ist. Eine Verurteilung braucht also nicht erfolgt zu sein. Für die Dauer eines Jahres nach der Straftat ist die

---

1) Ohne daß also die Zeit der Krankenpflege gerechnet wird; bisher genügte die Gewährung irgend einer Krankenunterstützung (§ 26 a II Z. 3).

2) Krankenhauspflege § 184; Sachleistungen § 120.

Beschränkung zulässig. b) Sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändlen zugezogen haben [1]), für die Dauer dieser Krankheit. Demnach sind die Gründe für den Ausschluß resp. die Kürzung des Krankengeldes dieselben wie bisher geblieben, mit Ausnahme der Trunksucht, deren Erwähnung hier mit der Möglichkeit einer Gewährung von Sachleistungen (§§ 120, 121) an Trunksüchtige allgemein überflüssig ist (§ 193). 4. Auf die Dauer des sechswöchigen Schwangerengeldes, die Zeit der Gewährung des zweiwöchigen Wochengeldes vor der Niederkunft anrechnen (§ 199 Z. 2). Da das zweiwöchige Wochengeld sich in Höhe von ¼ des gesamten Wochengeldes als Schwangerengeld (§ 195) darstellt, und somit der Versicherte entweder für die zwei Wochen vor der Niederkunft gleichzeitig eine doppelte Zahlung erhielte oder im ganzen 8 Wochen Schwangerengeld, so ist eine Kürzung dieser Mehrleistung um die Höhe von ¼ des gesamten Wochengeldes gestattet. 5. Für diejenigen, die der Versicherung freiwillig beitreten [2]) (§§ 176, 177), die Regelleistungen auf Krankenpflege und auf Krankenhauspflege ohne Hausgeld oder deren Ersatz, Hauspflege ohne Krankengeld, oder auf Krankengeld beschränken, aber nur unter Zustimmung des OVA und einer dementsprechenden Ermäßigung der Beiträge (§ 215 II). Die Vorschrift ist aus dem Bedenken einer zu großen Belastung der Krankenkassen durch die freiwillig Versicherten erwachsen, insbesondere mit Rücksicht auf leistungsschwache Kassen.

III. Durch Bundesratsbeschluß. Der Bundesrat kann für Personen, die nach § 168 versicherungsfrei sind, aber der Versicherung freiwillig beitreten können, die Regelleistung für sie auf Krankenpflege und auf Krankenhauspflege ohne Hausgeld oder Hauspflege ohne Krankengeld unter entsprechender Ermäßigung der Beirtäge bsechränken (§ 215). Dieselben finanziellen Bedenken wie zu II, 5 führten auch zu dieser neuen Vorschrift, nur daß hier eine Beschränkung lediglich auf die wichtigste Leistung, wie Kranken- und Krankenhauspflege, nicht mehr auf das Krankengeld zulässig ist.

---

1) Die Beweislast hat die Krankenkasse.

2) Gilt nicht für die freiwillige Fortsetzung der Versicherung (§ 313).

Die rechtliche Natur der Leistungen. Die rechtliche Natur der Leistungen ist durch die RVO nicht verändert worden. Nur eine Änderung ist durch die jetzt zugelassene Pfändung etc. rückständiger Beiträge eingetreten (§ 190 Z. 4):

1. Allgemein. Leistungen, die nach diesem Gesetz oder nach ergänzenden Landesgesetzen (§ 177) gewährt werden und die durch den Überging des Anspruchs darauf ersetzten Unterstützungen (§ 1531 ff.) sind keine öffentlichen Armenunterstützungen. Daher ist an ihre Gewährung nicht der Verlust des aktiven und passiven Wahlrechts, der Fähigkeit, als Schöffe oder Geschworener zu fungieren, geknüpft (§ 118, 2).

2. Verjährung. Die Verjährung der Ansprüche auf die Kassenleistungen tritt in zwei Jahren nach dem Tage der Entstehung ein (§ 223 I).

3. Übertragung und Pfändung. Es gilt der Grundsatz, daß die Ansprüche des Berechtigten aus den Versicherungsleistungen mit rechtlicher Wirkung nicht übertragen, verpfändet und gepfändet werden können, damit die soziale Fürsorge nicht durch entgegenstehende Vereinbarungen ausgeschaltet werden kann; letztere sind nichtig. Gesetzlich zulässige Ausnahmen der Übertragung, Pfändung und Verpfändung bestehen nicht nur zur Deckung, sondern auch zur Sicherstellung wegen a) eines Vorschusses, den der Berechtigte auf seine Ansprüche vor Anweisung der Leistungen vom Arbeitgeber oder von einem Organ des Versicherungsträgers oder einem seiner Mitglieder erhalten hat. b) Der im § 850 IV der CPO bezeichneten Forderungen. c) Der Forderungen, der nach § 1531 ersatzberechtigten Gemeinden und Armenverbänden, sowie Arbeitgeber und Kassen, die an ihre Stelle getreten sind (§§ 219, 222); die Übertragung, Verpfändung und Pfändung ist jedoch nur in Höhe der gesetzlichen Ersatzansprüche zusässig. d) Rückständiger Beiträge, die nicht länger als drei Monate fällig sind. Diese Neuerung wird in den Fällen praktisch, in denen die Versicherten ihre Beiträge selbst einzuzahlen haben (§ 398) und rückständig sind, indem jetzt seine Ansprüche gepfändet werden können. Früher wurden die Versicherungsträger häufig geschädigt, weil das Lohnbeschlagnahmegesetz 1869/1897 nur die Beschlagnahme des Lohnes wegen Beitreibung der fälligen direkten, persönlichen

Staatssteuern und Komunalabgaben zuließ, sofern diese Steuern nicht länger als mit drei Monaten fällig waren.

In anderen Fällen als a—d darf der Berechtigte nur ausnahmsweise mit Genehmigung des VA den Anspruch ganz oder zum Teil auf andere übertragen, während die Pfändung und Verpfändung auch hier ausgeschlossen ist (§ 119).

4. Aufrechnung. § 223. Desgleichen dürfen die Ansprüche des Berechtigten auf die Versicherungsleistungen nur in folgenden gesetzlichen Ausnahmefällen aufgerechnet werden unter der Voraussetzung, daß nach BGB die Aufrechnung zulässig ist, also bei Fälligkeit und Gleichartigkeit (§ 387 ff. BGB), nämlich auf a) Ersatzforderungen für Beträge, die der Berechtigte in Fällen des § 1542 oder aus der reichsgesetzlichen UV bezog, aber in die Kasse zu erstatten hat. b) Geschuldete Beiträge. c) Gezahlte Vorschüsse. d) Zu Unrecht gezahlte Leistungen, z. B. auch dann, wenn die Krankenkasse ihrerseits vollgeleistet hat, während gleichzeitig den Versicherten Leistungen aus der UV gewährt wurden und der Krankenkasse daher nach § 1510 ein Anrechnungsrecht zustand. Das Gleiche gilt, wenn ein privatrechtlicher Schadensersatzanspruch auf den Versicherungsträger übergegangen ist, der Ersatz aber an den Versicherten geleistet wurde (§ 1542). Eine Aufrechnung ist hier in Höhe des Schadensersatzanspruchs gegen die Ansprüche des Versicherten zulässig. e) Kosten des Verfahrens, die der Berechtigte zu erstatten hat. f) Geldstrafen, die der Berechtigte zu erstatten hat.

Ansprüche auf Krankengeld dürfen nur bis zur Hälfte aufgerechnet werden.

Gemeinsame Vorschriften.

A. Entstehung des Anspruchs. Regelmäßig entsteht der Anspruch auf die Kassenleistungen, abgesehen von der Karenzzeit, mit dem Eintritt des Versicherungsfalls unter der Voraussetzung der Mitgliedschaft. Die Begründung der Mitgliedschaft erfolgt

I. für Versicherungspflichtige mit dem Beginn der versicherungspflichtigen Beschäftigung, also unmittelbar kraft Gesetzes (§ 306).

II. Für Versicherungsberechtigte mit dem Tage ihres Beitritts zur Kasse, der sich durch schriftliche oder mündliche Anmeldung beim Vorstand oder bei der Meldestelle (§ 310), für die Weiterversicherten durch Anzeige (§ 313) vollzieht.

III. Liegen diese materiellen, gesetzlichen Voraussetzungen für die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigten nicht vor, so vermag eine Erfüllung der formellen prinzipiell nicht die Begründung des Versicherungsverhältnisses und damit eventuell einen Anspruch auf die Kassenleistungen herbeizuführen mit einer Ausnahme, die dem KrVG unbekannt war (§ 213). Hat nämlich eine Kasse für eine Person nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen und stellt sich nach Eintritt des Versicherungsfalls heraus, daß die Person nicht versicherungspflichtig und nicht versicherungsberechtigt gewesen ist, so muß ihr die Kasse gleichwohl die satzungsmäßigen Leistungen gewähren, m. a. W.: es wird ein von materiellen Voraussetzungen unabhängiges, d. h. formal-rechtliches Versicherungsverhältnis anerkannt, aber nur beschränkt; stellt sich der Irrtum vor Eintritt des Versicherungsfalles heraus, so ist das Versicherungsverhältnis, insbesondere durch Rückzahlung der Beiträge, zu lösen, ebenfalls mit Erledigung des Versicherungsfalles, falls der Irrtum nach Eintritt des Versicherungsfalles aufgedeckt wird; aber in diesem Fall sind keine Beiträge zurückzuerstatten.

IV. Karenzzeit. Von der Regel, daß der Anspruch der Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten auf die Krankenleistungen mit ihrer Mitgliedschaft entsteht, sind Ausnahmen für die Regelleistungen der Versicherungspflichtigen unzulässig. Dagegen kann die Satzung a) für die freiwillig Beigetretenen den Anspruch auf die Regelleistungen erst nach einer Karenzzeit von sechs Wochen nach dem Beitritt entstehen lassen (§ 207). b) Für Versicherungspflichtige und Versicherungberechtigte den Anspruch auf die Mehrleistungen der Kasse von einer höchstens sechsmonatigen Wartezeit, gerechnet von dem Beitritt ab, abhängig machen. Jedoch ist diese Bestimmung unzulässig für beide Arten der Mitglieder, die binnen der letzten 12 Monate bereits für min-

destens 6 Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse oder einer knappschaftlichen Krankenkasse gehabt haben (§ 208). Der maßgebende Gesichtspunkt dieser neuen Ausnahmebestimmung ist Schutz der Versicherten vor einer Schlechterstellung bei Übertritt zu einer anderen Krankenkasse mit Wartezeit, sofern diese durch ihre Mitgliedschaft bei ihrer alten Kasse ein Recht auf Mehrleistungen bereits erworben hatten. Unberücksichtigt bleibt der Inhalt und Umfang der Mehrleistungen der beiden Kassen. Erforderlich ist nur, daß der Anspruch auf Mehrleistungen bestanden hat.

Unterbrechung der Karenzzeit. § 209. Während der § 26 KrVG eine Unterbrechung der Karenzfrist nur bei Erfüllung der Dienstpflicht oder bei Beschäftigung in einem Gewerbszweig, dessen Natur eine periodisch wiederkehrende zeitweise Einstellung des Betriebs forderte, kannte, wird jetzt allgemein durch ein Ausscheiden aus der Mitgliedschaft die Wartezeit (§§ 207, 208) unterbrochen, sofern der Wiedereintritt in dieselbe Kasse sich innerhalb 26 Wochen vollzieht. Unberücksichtigt bleibt also die Art des Gewerbszweigs und der Grund des Ausscheidens. Die Wirkung der Unterbrechung besteht in der Anrechnung der vor dem Ausscheiden bereits abgelaufenen Karenzzeit [1]). Die 26 Wochen erhöhen sich für Mitglieder, die zur Erfüllung ihrer Dienstpflicht im Heer oder in der Marine ausscheiden, um diese Dienstzeit [2]).

B. Schwebende Unterstützungsfälle. a) Wirkung des Übertritts auf sie. § 212. Die Wirkung der Satzungsänderung und — neuerdings im Unterschiede zu KrVG — des Übertritts zu einer Krankenkasse, der Freiheitsentziehung auf schwebende Unterstützungsfälle, sind in der RVO gegenüber dem bisherigen Recht klargelegt.

Entsprechend dem Grundsatz, daß der Anspruch auf die Leistungen mit der Mitgliedschaft beginnt, wird mit dem Übertritt zu einer anderen Krankenkasse der Anspruch auf die Kassen-

---

1) Namentlich Arbeiter in Saisonbetrieben, Zuckerfabriken, Tiefbauten, werden diese Vergünstigung genießen.

2) Über die Berechnung vgl. § 126.

leistungen der neuen Kasse auch in den schwebenden Unterstützungsfällen begründet. Es muß sich handeln um den Übertritt eines Versicherten, der Kassenleistungen bezieht. Ein Übertritt kann sich durch Begründung eines neuen Beschäftigungsverhältnisses oder durch Errichtung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse vollziehen. Der Übertritt Versicherungspflichtiger wird stets nach § 212 berücksichtigt, während erkrankte Versicherungsberechtigte zurückgewiesen werden können (§ 310 III). Die Wirkungen des Übertritts bestehen in der Übernahme der weiteren Leistung der neuen Krankenkasse nach ihrer Satzung, andererseits in der Befreiung der alten Kasse von ihrer Unterstützungpflicht. Die Zeit der bereits genossenen Leistung wird angerechnet, und zwar auf die Dauer der Leistungen der neuen Krankenkasse geradeso, als ob er stets von dieser Unterstützungen empfangen hätte. Ein etwaiger Unterschied in der Art oder der Höhe der satzungsmäßigen Leistungen beider Kassen bleibt unberücksichtigt; magßebend sind lediglich die Leistungen der neuen. Eine Besonderheit gilt jedoch bezüglich der Karenzfrist und der Mehrleistungen. Die Mehrleistungen erhält er nur, wenn er schon bei seiner früheren Kasse Anspruch auf Mehrleistungen erworben hatte. Eine Berufung der neuen Kasse auf die Karenzfrist (§ 208) ist demgemäß ausgeschlossen. Gewährt die frühere Kasse überhaupt keine Mehrleistungen, oder ist die Karenzfrist noch nicht abgelaufen, so erhält der Uebergetretene bei der neuen Kasse nur die Regelleistungen, mag auch die Karenzfrist für die Mehrleistungen bei der neuen Kasse verstrichen sein.

b) Die Wirkung einer Satzungsänderung. § 211. Bei den schwebenden Unterstützungsansprüchen gilt bei einer Satzungsänderung abweichend von dem an sich natürlichen Grundsatz, daß für die Höhe der Leistung der Zeitpunkt ihrer Entstehung maßgebend ist, das Prinzip, daß eine Satzungsänderung stets nur dem Versicherten zugute kommen soll: die Leistungen zwar erhöht, nicht aber herabgesetzt werden können. Dagegen haben Änderungen des Grundlohns aus Zweckmäßigkeitsrücksichten nie einen Einfluß.

c) Wirkung der Freiheitsentziehung. § 216 Z. 1. Solange der Berechtigte eine Freiheitsstrafe verbüßt oder sich in Untersuchungs-

haft befindet oder in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt untergebracht ist, so ruht die Krankenhilfe, weil die betreffende Anstalt die Krankenpflege auf Staatskosten dann übernimmt und eine weitere Krankenfürsorge überflüssig ist; jedoch ist den Angehörigen ein Hausgeld (§ 186) zu gewähren, wenn der Versicherte durch Krankheit arbeitsunfähig geworden ist und von seinem Arbeitsverdienst bisher Angehörige ganz oder teilweise unterhalten hat. Hervorzuheben ist, daß wenn die Fürsorgeerziehung durch Unterbringung des Zöglings in einer Familie statt einer Anstalt erfolgt, die Krankenhilfe mit Rücksicht auf die der Anstalt erwachsenden Kosten nicht ruht. Allgemein gilt selbstverständlich, daß mit dem Wegfall des Grundes für das Ruhen der Krankenhilfe diese für den Rest der Unterstützungsdauer zu gewähren ist. Diese Bestimmung (§ 216 Z. 1) findet bei Wochenhilfe, sowie in den Fällen des § 205 Z. 1 für die berechtigten Familienmitglieder entsprechende Anwendung.

C. Erlöschen des Anspruchs. Entsprechend der Entstehung erlischt regelmäßig der Anspruch auf die Kassenleistungen mit Beendigung der Mitgliedschaft, die durch Wegfall einer der gesetzlichen Voraussetzungen (§ 165) für die Versicherungspflichtigen für die Versicherungsberechtigten durch freiwilligen Austritt oder Zahlungsverzug (§ 314) oder durch die Anzeige von dem Erlöschen der Mitgliedschaft (§ 314 II), für beide Arten der Mitglieder durch Begründung der Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse (§ 312) herbeigeführt wird. In einem Ausnahmefall bleibt für Versicherungspflichtige ein beschränkter Unterstützungsanspruch trotz Beendigung der Mitgliedschaft bestehen (§ 214). Die gesetzlichen Voraussetzungen sind: 1. Der Versicherte muß wegen Erwerbslosigkeit, d. i. aus Mangel an einer entgeltlichen Beschäftigung [1]) ausscheiden. Also nur Versicherungspflichtige kommen in Frage, weil Versicherungsberechtigte nicht unmittelbar durch Erwerbslosigkeit, vielmehr nur durch Zahlungsverzug (§ 314) kraft Gesetzes ausscheiden. 2. Der Versicherte muß in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen ununterbrochen versichert gewesen sein, und

1) Auch wegen Kontraktbruch, Streiks.

zwar auf Grund der Reichsversicherung überhaupt. Die dreiwöchige Versicherungszeit des § 28 KrVG ist zum Schutze der Kassen gegen Ausnutzung wesentlich [1]) erhöht, andererseits die 26wöchige Dauer dadurch gemildert, daß diese 26 Wochen nicht zusammenzuhängen brauchen. Die Härte, die bisher durch das Erfordernis einer ununterbrochenen dreiwöchigen Mitgliedschaft vor dem Ausscheiden manchem Versicherten erwuchs, weil aus Zufall in der kritischen Zeit ihre Mitgliedschaft beendigt wurde, ist somit auch beseitigt. 3. Der Versicherungsfall muß während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eintreten. 4. Der Erwerbslose muß sich im Inlande aufhalten. 5. Die Satzung darf einen Wegfall des Anspruchs nicht bestimmen. Sind diese Voraussetzungen gegeben, so verbleibt dem Versicherten der Anspruch auf die Regelleistungen [2]), über dessen Berechtigung auf Antrag eine Bescheinigung von der Kasse auszustellen ist. Sterbegeld wird auch nach Ablauf der drei Wochen gewährt, wenn die Krankenhilfe bis zum Tode geleistet worden ist. Leistungspflichtig ist die Kasse, aus der die Ausscheidung erfolgt, wie aus der Fassung „auf die Regelleistungen der Kasse" hervorgeht.

D. Anspruchsberechtigtes Subjekt. Prinzipiell wird dem Kassenmitglied auf Grund des Versicherungsverhältnisses der Anspruch auf die Kassenleistungen zustehen, und zwar ein klagbarer auf Regel- wie Mehrleistungen mit Ausnahme der Krankenhauspflege (§ 184), der Hauspflege (§ 185), Unterbringung in ein Wöchnerinnenheim und Gewährung von Wochenhauspflege (§ 196), da zu diesen Unterstützungen die Kasse berechtigt, aber nicht verpflichtet ist. Auch die Forderung auf das Hausgeld für die Angehörigen steht dem Mitglied aus seiner Person und aus eigenem Rechte zu, wenn es auch unmittelbar an den Angehörigen ausgezahlt werden kann. Ausnahmsweise ist statt des Kassenmitglieds beim Sterbegeld derjenige, der das Begräbnis besorgt hat, forderungsberechtigt (§ 203). Zweifelhaft könnte man sein, wer der Anspruchsberechtigte bei der Familienhilfe ist. § 217 spricht z. B. von den „berechtigten" Familienangehörigen. Aber aus der Be-

1) Um drei Wochen.
2) Nicht die Mehrleistungen.

gründung zu § 1501 E. geht hervor, daß auch in diesem Fall der Versicherte, nicht seine Familienangehörigen, forderungsberechtigt sind.

E. Die Art der Gewährung der Leistungen. Aus den Ausnahmevorschriften ergibt sich mit Gewißheit der Grundsatz, daß für die Gewährung der Kassenleistungen die gesetzliche Form maßgebend ist. Die im KrVG bestehenden Ausnahmen sind in der RVO noch vermehrt worden: 1. Geldleistung bei Gefährdung der ärztlichen Versorgung (§ 370). 2. Sachleistungen an Trunksüchtige (§ 120). 3. Abfindung bei Aufenthalt im Auslande (§ 216).

Ablösung. I. Der Krankenpflege. Die Krankenpflege ist grundsätzlich in natura zu gewähren. Eine Ablösung ist möglich: 1. Die Satzung kann Versicherten im Fall der freiwilligen Weiterversicherung (§ 313) statt der Krankenpflege den Betrag mindestens des halben Krankengeldes dann zubilligen, wenn sie sich nicht im Bezirke der Kasse oder des VA aufhalten (§ 193 II). 2. Bei ernstlicher Gefährdung der ärztlichen Versorgung (§ 370).

II. Des Krankengeldes. (Ev. andere Barleistungen.) Desgleichen sind die Barleistungen prinzipiell in ihrer regelmäßigen Form zu zahlen, und zwar mit Ausnahme des Sterbegeldes mit Ablauf jeder Woche (§ 210). Zulässig ist die teils obligatorische, teils fakultative Gewährung von Sachleistungen an Trunksüchtige [1]) (§ 120). 1. Sind diese nicht entmünndigt, so können Sachleistungen ganz oder teilweise an Stelle der Barleistungen treten; auf Antrag eines Beteiligten [2]), Armenverbandes [3]) oder der Gemeindebehörde des Wohnortes des Trunksüchtigen muß dies geschehen. 2. Sind sie entmündigt, so ist die Gewährung der Sachleistungen nur mit Zustimmung des Vormundes zulässig. Auf seinen Antrag muß sie

---

1) Begriff im Sinne des § 6 BGB.

2) Ein Armenverband ist auch beteiligt, falls er bei Bedürftigkeit unterstützungspflichtig wäre.

3) Auch andere, z. B. Fürsorgevereine, können den Antrag stellen, nur müssen alsdann keine Sachleistungen gewährt werden.

geschehen [1]). Die Sachleistungen gewährt die Gemeinde des Wohnorts. Der Anspruch auf Barleistungen geht im Werte der Sachbezüge auf die Gemeinde über. Die Sachleistung kann auch durch Aufnahme in eine Trinkeranstalt oder mit Zustimmung der Gemeinde durch Vermittlung einer Trinkerfürsorgestelle gewährt werden. Ein Recht der Barleistung ist dem Ehegatten des Bezugsberechtigten, seinen Kindern oder seinen Eltern und, falls solche nicht vorhanden sind, der Gemeinde zur Verwendung für ihn zu überweisen. Die Gewährung der Sachleistungen erfolgt nur auf Anordnung des VA (Beschlußausschuß), das diese nach Anhören der Gemeindebehörde und des Bezugsberechtigten erläßt und sie ihnen und dem Versicherungsträger schriftlich mitteilt. Es entscheidet bei Streit zwischen der Gemeinde und dem Bezugsberechtigten. Auf Beschwerde entscheidet das OVA endgültig.

III. Der Krankenpflege und des Krankengeldes. § 217. Die Ablösung der Krankenpflege und des Krankengeldes ist nur in einem Falle für Ausländer neuerdings möglich. Gibt ein Versicherter nach Eintritt des Versicherungsfalles seinen Aufenthalt im Inlande auf, ohne daß die Krankenhilfe ruht, z. B. weil er mit Zustimmung des Kassenvorstandes verzieht oder aus polizeilichen Gründen ausgewiesen wird (§ 216 Z. 2, 3), so kann ihn die Krankenkasse dafür durch einmalige Zahlung abfinden. Diese Vorschrift gilt jedoch nur für Ausländer, da die §§ 219 und 348 dieselbe Frage für Inländer regeln, durch die insbesondere dem Ausschuß die nähere Regelung vorbehalten wird. Die Höhe der Abfindung muß dem Werte der Kassenleistungen entsprechen, auf die er im Inlande nach der voraussichtlichen Dauer der Krankheit Anspruch haben würde. Hierbei sind für Krankenpflege $^3/_8$ des Grundlohns anzusetzen. Für die Abfindung ist bei Streit auch das Gutachten des Arztes maßgebend, über den die Beteiligten sich einigen, sonst das des beamteten Arztes. Die Krankenkasse ist an das Gutachten nicht unbedingt gebunden; sie kann stets auch

---

1) Entziehung oder Kürzung des Krankengeldes bei Trunkenfälligkeit ist nicht mehr möglich, wie nach § 26 a II Z. 2 KrVG. — Die bisher in LUVG und IVG enthaltenen Vorschriften sind für die Kr.VG verallgemeinert.

Krankenhilfe gewähren. Eine Abfindung ist unter gleichen Voraussetzungen möglich bei Wochenhilfe, sowie für die berechtigten Familienmitglieder in den Fällen der §§ 205 Z. 1, 2; 218.

F. Bedeutung des Aufenthalts bezw. Wohnsitzes für die Leistungen. Wie bereits hervorgehoben ist, ist der Ausländer dem Inländer prinzipiell gleichzuachten, wofern die Beschäftigung im Inlande stattfindet. Dagegen ist der Aufenthalt bezw. Wohnort im Inland oder Ausland für die Leistungen von Bedeutung. Denn die Leistungen der KrV sind durch örtlich begrenzte Bezirke sozusagen bedingt, z. B. was die ärztliche Behandlung oder die Krankenüberwachung betrifft. Soweit nun eine Fürsorge außerhalb des Kassenbezirks im Inlande erforderlich wird, kann durch die anderen Versicherungsträger Unterstützung gewährt oder eine Überwachung gesichert werden. Im Ausland dagegen fehlt es an einer solchen Hilfe. Daher erlöschen die Ansprüche auf Leistungen bei Aufenthalt im Auslande, teils ruhen sie oder, wenn sie gewährt werden, haben die heimischen Arbeitgeber die Leistungen zu tragen oder den Krankenkassen ist die Möglichkeit der Abfindung gegeben. Im wesentlichen sind die Bestimmungen dieselben wie im KrVG geblieben, nur ein Ruhen der Krankenhilfe (§ 216 Z. 2, 3) und die Möglichkeit einer Abfindung (§ 217) war dem KrVG unbekannt.

I. Im Inland. Eine gegenseitige Unterstützungspflicht unter den Krankenkassen besteht im Inland: 1. a) bei Kranken, Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten, die außerhalb des Bezirks ihrer Kasse wohnen, mit Rücksicht darauf, daß die Zuständigkeit einer Krankenkasse durch den Beschäftigungsort, nicht durch den Wohnort bestimmt wird, und diese beiden häufig auseinanderfallen werden. In diesem Falle erhalten sie auf Erfordern ihrer Kasse die bei ihr zustehenden Leistungen von der allgemeinen Ortskrankenkasse des Wohnorts, ohne daß ihnen jedoch hierauf ein Rechtsanspruch zustünde. Besteht am Wohnort für Versicherte ihrer Art eine besondere Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse, so hat diese die Leistungen zu gewähren; Betriebs- und Innungskrankenkassen sind nicht leistungspflichtig. Besteht z. B. für einen Schreiner an seinem Wohnort eine besondere Ortskrankenkasse, so ist diese leistungspflichtig ohne Unterschied, ob er Mitglied einer Betriebs-, Orts- oder Innungskrankenkasse ist. Stets bleibt es

selbstverständlich der zuständigen Krankenkasse unbenommen, ihre eigenen Leistungen zu gewähren. b) Das gleiche gilt für berechtigte Familienmitglieder, sowie für ausgeschiedene Erwerbslose (§ 214). 2. Für Versicherte[1]) bei Erkrankung während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Kassenbezirks; hier tritt dieselbe Unterstützungspflicht des Aufenthaltsortes kraft Gesetzes ohne Antrag ein, solange er seines Zustandes wegen nicht nach seinem Wohnort zurückkehren kann. Ihm steht also ein Rechtsanspruch gegen die Kasse des Aufenthaltsortes im Gegensatz zu § 219 zu. Zur Wahrung der Interessen der regreßpflichtigen Kasse hat die unterstützungspflichtige Kasse im Unterschied vom KrVG neuerdings binnen einer Woche den Eintritt des Versicherungsfalls der Kasse des Versicherten mitzuteilen und soll deren Wünsche wegen der Art der Fürsorge tunlichst berücksichtigen (§ 221).

Regreßpflicht. § 222. In beiden Fällen ist der unterstützungspflichtigen Krankenkasse durch die des Versicherten Ersatz für die Kosten zu leisten; das Krankengeld ist voll zu ersetzen, für die Krankenpflege dagegen wird ein Pauschalsatz in Höhe von $^3/_8$ des Grundlohns gezahlt, auch wenn höhere Aufwendungen gemacht sein sollten. Früher betrug der Ersatz nach § 57 a I KrVG das halbe Krankengeld, das etwa $^2/_8$ des Grundlohns entsprach. Die Erhöhung auf $^3/_8$ rechtfertigt sich wegen der höheren Kosten der Krankenpflege. Der Grundlohn gibt einen festeren Maßstab als das mehr zufällig satzungsmäßig bemessene Krankengeld; für die Leistungen wie die Kosten ist der Grundlohn der Kasse des Versicherten entscheidend.

II. Im Ausland. 1. Das Recht zur Weiterversicherung erlischt, wenn sich der Berechtigte nicht im Inlande befindet (§ 313; vgl. S. 76 d. Arb.). 2. Der wegen Erwerbslosigkeit Ausgeschiedene verliert seinen Anspruch auf die Regelleistungen bei Aufenthalt im Ausland. 3. Bei Erkrankung des Versicherten im Auslande erhält er die ihm bei seiner Kasse zustehenden Leistungen vom Arbeitgeber, solange er seines Zustandes wegen nicht ins

1) Hierzu gehören auch die wegen Erwerbslosigkeit ausgeschiedenen (§ 214).

Inland zurückkehren kann. Bezüglich der Mitteilungspflicht und Befolgung der Wünsche wegen der Art der Fürsorge gilt dasselbe wie zu I, 2 jedoch kann in diesem Falle die Kasse die Fürsorge selbst übernehmen. Die Kostenerstattung regelt sich wie in I, 3. § 221. 4. Die Krankenhilfe ruht a) für Berechtigte, In- und Ausländer, die sich nach Eintritt des Versicherungsfalls, also nach Erkrankung, freiwillig ohne Zustimmung des Kassenvorstandes ins Ausland begeben. Geht daher der Versicherte nicht freiwillig, wird er vielmehr ausgewiesen, so ruht sein Anspruch, abgesehen von Z. 3 § 216, nicht. In diesem Fall kann er allerdings nach § 217 abgefunden werden. Eine nicht strafgerichtliche Ausweisung [1]) hilfsbedürftiger Ausländer, die von ihrem ausländischen Staat übernommen werden, kommt in Betracht wie im Falle eines Ausländers, dem der Aufenthalt im Inland nur zu einer bestimmten Zeit gestattet ist. Von dem Fall des § 216 ist der wohl zu unterscheiden, wo die Erkrankung im Auslande erfolgt und der Arbeitgeber fürsorgepflichtig ist (§ 221). Kehrt der Berechtigte zu einer Zeit, während der sein Anspruch ruht, in das Inland wieder zurück, so steht ihm ein Anspruch auf den Rest der Leistungen noch zu, wenn die Unterstützungszeit noch nicht verstrichen ist. Das Ruhen des Anspruchs kann der Bundesrat für bestimmte Grenzgebiete ausschließen, also namentlich für die im Inlande beschäftigten, aber im Auslande wohnenden Arbeiter (§ 216 Z. 2. b) Für berechtigte Ausländer, solange sie wegen Verurteilung in einem Strafverfahren aus dem Reichsgebiet oder aus dem Gebiete eines Bundesstaates ausgewiesen sind, in letzterem Falle aber nur, solange sie sich nicht in einem anderen Bundesstaate aufhalten (§ 216 Z. 3). Demnach genügt nicht jede Ausweisung, wie z. B. die polizeiliche, sondern nur die aus Anlaß der Verurteilung in einem Strafverfahren (z. B. §§ 39, 284 StrGB). Hat der Berechtigte im Falle 4 a, b im Inland Angehörige, denen die Satzung Familienhilfe zubilligt, so ist diese zu gewähren (§ 216 II). 5. Für alle Fälle, in denen die Krankenhilfe aus Rücksicht der Billigkeit nicht ruht, weil der Aufenthalt im Inlande nach Eintritt des Versicherungsfalles mit Zustimmung des Kassenvorstandes genommen wird, oder keine straf-

1) Vgl. Z. 3 § 216.

gerichtliche Ausweisung erfolgt, ist die Schwierigkeit der Gewährung von Leistungen ins Ausland durch die Möglichkeit der Abfindung beseitigt (§ 217; vgl. S. 119).

III. Rechtsstreitigkeiten. § 224. Das VA entscheidet im Spruchverfahren bei Streit über a) Erstattungsansprüchen nach § 222, b) Ersaz zu Unrecht gewährter Leistungen zwischen Kassen.

Dritter Abschnitt.

Träger der Versicherung.

Entsprechend dem Versicherungszwang herrscht der Grundsatz der Zwangsversicherung, d. i. die Einrichtung von Zwangsorganisationen, in denen der Versicherung genügt werden kann. Bei deren Schaffung ging man im KrVG von dem Gedanken der Dezentralisation, der Zusammenfassung der Berufsgenossen in örtlich abgegrenzten Bezirken aus. Maßgebende Gesichtspunkte waren: die relativ gleiche Krankheitsgefahr der Berufsgenossen, die leichtere Durchführung der Selbstverwaltung, die Möglichkeit der Krankenkontrolle, die Verhinderung der Simulation bei einem kleinen Versichertenkreis, dazu die Notwendigkeit der sofort zu gewährenden Krankenunterstützung! Diese Grundidee war für die Einrichtung kleinerer Kassen zweifellos den wirklichen Bedürfnissen entsprechend zweckmäßig; doch der Fehler lag in einer einseitigen Überspannung dieser Idee, wie die Statistik beweist. Es waren im Jahre 1908 neben den Knappschaftskassen 23 240 Krankenkassen vorhanden: Gemeindekrankenversicherungen, Orts-, Betriebs-, Bau-, Innungskrankenkassen, zugelassene freie Hilfskassen und landesrechtliche Hilfskassen. Von diesen zählten von je 100 aller Kassen, einschließlich der Geimendekrankenkassenversicherung

44,6 % weniger als 100, 92.1 % weniger als 1000 Mitglieder und nur 1 % mehr als 5000 Mitglieder. Die unmittelbare Folge dieser Massenerscheinungen waren Unübersichtlichkeit des ganzen Systems, geringe Leistungsfähigkeit, häufer Übertritt zu anderen Kassen bei Orts- ja selbst Berufswechsel, Streitigkeiten über die Kassenzugehörigkeit und Verzögerung der Leistungen, Unmöglichkeit einer kostspieligeren, aber dafür rentableren Krankenbehandlung! Wollte man diese Mißstände beseitigen, so mußten selbstverständlich die kleinen, wenig leistungsfähigen Krankenkassen verschwinden, also namentlich die 44 % mit weniger als 100 Mitgliedern. Aber auch unter den Kassenarten mußte eine größere Vereinheitlichung, eine stärkere Zentralisation erzielt werden. Bisher hatte sich eine Tendenz zur Zentralisation lediglich bei den Ortskrankenkassen geltend gemacht, indem sie von der Ausnahmevorschrift des KrVG, sich zu gemeinsamen Ortskrankenkassen zusammenzuschließen, Gebrauch machten, wie in den Leipziger, Hamburger, Frankfurter gemeinsamen Ortskrankenkassen deutlich in Erscheinung getreten war. Folgte man dieser Entwicklung, den Mitgliederkreis bei den Ortskrankenkassen auf rein örtlicher, anstatt wie bisher auf berufsgenossenschaftlicher Grundlage abzugrenzen, so hatte man mit dieser Erweiterung des Mitgliederkreises die sichere Gewähr für die Leistungsfähigkeit der Ortskrankenkassen gefunden. Daher wurde diese Art der Ortskrankenkassen, allgemeine Ortskrankenkassen, jetzt zum Hauptträger der Krankenversicherung erhoben. Ob nun als Folge der Abgrenzung des Mitgliederkreises auf rein örtlicher Grundlage zu Gunsten der allgemeinen Ortskrankenkassen als einheitlich großen Kassen sämtliche andere, die Ortskrankenkassen nach Berufszweigen etc., die Betriebs-, Bau-, Innungs-, knappschaftlichen Krankenkassen, eingeschriebene, landesrechtliche Hilfskassen nebst der Gemeindekrankenversicherung verschwinden sollten, oder ob nur einzelne Kassenarten wegfallen, bestehende Formen aufrecht erhalten und auch weiter neu errichtet werden dürften, über diese Frage entschied die geschichtliche Entwicklung, entschieden die verschiedenartigen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse mit ihren besonderen Bedürfnissen, dazu der Gedanke, die wirklich leistungsfähigen Gebilde nicht lediglich um einer Zentralisation willen zu beseitigen,

vielmehr aufrecht zu erhalten, was sich als wirklich lebensfähig erwiesen hatte. Aus letzterem Grunde insbesondere hat man die bestehenden leistungsfähigen, auf Berufszweige etc. aufgebaute Ortskrankenkassen erhalten; eine Neuerrichtung ist jedoch ausgeschlossen, da sie ja dem Gedanken der Zentralisation durch ihre Begründungsart gerade widersprechen, und die durch die Schaffung der allgemeinen Ortskrankenkassen errungene größere Einheit wieder durchbrochen würde.

Die Schließung der Gemeindekrankenversicherung mußte erfolgen; sie war nach dem KrVG an sich nur als Aushilfe gedacht, bot die geringsten Leistungen von allen Kassenarten, dazu waren die Versicherten von der Selbstverwaltung ausgeschlossen.

Was die Knappschaftskassen betrifft, so forderten die eigentümlichen Verhältnisse des Bergbaues und der Bergarbeiter nach wie vor eine besondere Berücksichtigung. Daher werden sie sich auch jetzt nach landesrechtlichen Bestimmungen richten.

Bei weitem größere Schwierigkeiten boten die Betriebs- und Innungskrankenkassen. Bei beiden Arten der Krankenkassen hat sich keine Neigung für einen Zusammenschluß gezeigt, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil eine Zusammenlegung ihrem ganzen Wesen widersprechen würde. Sie sind erwachsen durch eine äußerlich wirtschaftliche resp. gesellschaftliche Absonderung der in einem bestimmten Betrieb bezw. Innung zusammengefaßten Personengruppen. Hinzutraten noch folgende wichtige Umstände. Den Betriebskrankenkassen gehörten 1909 25 % aller Versicherten an; der Überschuß der Aktiva über die Passiva betrug bei den Ortskrankenkassen 125 596 407 Mark, bei den Betriebskrankenkassen: 113 811 175 Mark, also nur 12 Millionen Mark weniger, obwohl in den Ortskrankenkassen 52 % aller Arbeiter versichert waren. Diese Zahlen beweisen ihre unbedingte Leistungsfähigkeit und damit ihre Existenzberechtigung. Ferner ist zu berücksichtigen, daß in diesen Kassen, wie es sehr erwünscht ist, stets ein enger persönlicher Konnex der Arbeiter mit dem Arbeitgeber besteht, daß vielfach große Kapitalien und humanitäre Einrichtungen mit ihnen verbunden sind. Die Betriebskrankenkassen wurden in ihrem Wachstum von den Innungskrankenkassen noch überholt; sie hatten sich von allen Kassenarten relativ am stärksten vermehrt. Die Kassen-

zahl hatte sich in den letzten 25 Jahren vervierfacht, ebenso wie die Mitgliederzahl [1]). Aus dieser Entwicklung sprach zweifellos ebenfalls ein Bedürfnis für diese Kassenform, und man wollte dieser Entwicklung nicht ohne wichtigen Grund entgegentreten, besonders, da man die Innungskrankenkassen zur weiteren Förderung des Innungswesens, für den Schutz des handwerksmäßigen Mittelstandes für geeignet und notwendig hielt und man auch ernstlichen Widerstand in den Handwerkerkreisen befürchten mußte. Da auch ihre Leistungsfähigkeit nicht so wesentlich hinter der der Ortskrankenkassen zurückblieb [2]), so griff man in diese Entwicklung nicht hemmend ein. Aus diesen Gründen bleiben die vorhandenen Betriebs- und Innungskrankenkassen unter gewissen Voraussetzungen bestehen und können auch in Zukunft diese Arten je nach dem Bedürfnis neu gegründet werden.

Die den Betriebskrankenkassen verwandten Brankrankenkassen sind den Betriebskrankenkassen eingereiht, da sie sich von diesen nur in wenigen Beziehungen unterscheiden und daher leicht mit ihnen zu einer Kassenform verschmolzen werden konnten. Für die Frage der Zentralisation spielen sie keine größere Rolle; sie faßten im Jahre 1909 in 45 Kassen nur 13 805 Mitglieder. Immerhin wird eine gewisse Vereinheitlichung erzielt.

Mußte notwendig zu Gunsten einiger Arten der Krankenkassen der Gedanke der Zentralisation zurücktreten, so konnte man ihn bei den eingeschriebenen und landesrechtlichen Hilfskassen ohne Schonung durchführen. Die sämtlichen landesrechtlichen Hilfskassen fallen weg; als Zuschußkassen können sie allerdings aufrecht erhalten bleiben. Eine Neuerrichtung ist ausgeschlossen, ebenso wie die der eingeschriebenen Hilfskassen. Von diesen können jedoch unter gewissen Voraussetzungen die schon beim Inkrafttreten der RVO bestehenden sich in Ersatzkassen umwandeln.

Dieses Bild der verschiedenen Kassenarten zeigt, daß nur eine beschränkte Zentralisation unter ihnen Platz gegriffen hat. Man wollte auf gesetzlichem Wege keine unbedingte Konzentration entgegen der Entwicklung herbeiführen. Man hat aber dem Gedanken

1) Vgl. Statistik S. —.
2) Vgl. Statistik S. —.

der Zentralisation durch die Erleichterung des freiwilligen Zusammenschlusses zu Kassenverbänden und -Vereinigungen Rechnung getragen, während durch die Möglichkeit der Errichtung von Sektionen eine Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse in diesen Fällen wieder gesichert ist. Durch diese Organisationsveränderungen werden von den bestehenden 23 279 Kassen annähernd 14 000 eingehen. Diese errungenen Vorteile der größeren Zusammenfassung werden, allerdings nur in begrenztem Maße, durch die Neuschaffung der Landkrankenkassen wieder aufgehoben, indem sie hauptsächlich zur Aufnahme der neu in die Versicherungspflicht einbezogenen Kreise, der in der Landwirtschaft Beschäftigten, der Dienstboten, der im Wandergewerbe Beschäftigten, wie der Hausgewerbetreibenden und ihrer hausgewerblich Beschäftigten bestimmt sind. Aber diese Organisationsform ließ sich schwerlich umgehen, da die landwirtschaftlichen Arbeiter, welche den Hauptbestandteil der Landkrankenkassen bilden werden, nicht in die für gewerbliche Arbeiter zugeschnittenen allgemeinen Ortskrankenkassen passen. Man befürchtete eine Zurückdrängung der landwirtschaftlichen Arbeiter, die auf dem Gebiete der Selbstverwaltung noch unerfahren waren. Dazu forderten die besonderen Lebensanschauungen und Lebensgewohnheiten eines Teils der Landbevölkerung eine besondere Berücksichtigung der Verhältnisse, ganz abgesehen davon, daß die für diese Kreise vorgesehenen verschiedenartig bemesenen Leistungen leicht zu Verwicklungen Anlaß geben konnten, wenn diese Kreise in einer Kasse mit den anderen Berufsgruppen zusammengefaßt wurden.

Was nun das Verhältnis der einzelnen Kassenarten anbetrifft, so stehen die allgemeinen Ortskrankenkassen als Hauptträger der Krankenversicherung im Mittelpunkt, neben welche die Landkrankenkassen, auch für örtliche Bezirke, treten. Diesen Kassen gegenüber erscheinen die übrigen reichsgesetzlichen Träger der Versicherung, die Ortskrankenkassen nach Berufszweigen etc., besondere Ortskrankenkassen genannt, Betriebs- und Innungskrankenkassn als besondere Kassen.

I. Arten der Krankenkassen. Gemäß dieser Organisationsidee der äußeren Verfassung der Krankenkassen unterscheidet die RVO vier verschiedene Kassenarten, deren innere Eigenarten durch

namentliche Unterschiede gekennzeichnet werden. Krankenkassen im Sinne der Reichsversicherungsordnung sind die Ortskrankenkassen, Landkrankenkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen (§ 225). Nur für diese Versicherungsträger gelten alle Bestimmungen der RVO schlechthin; die Gleichstellung einer knappschaftlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse bedarf stets der ausdrücklichen Hervorhebung, z. B. §§ 188, 195, 197. Eine gleichzeitige Mitgliedschaft bei einer knappschaftlichen Krankenkasse ist nach § 312 ausgeschlossen, während nach § 74 I KrVG für ein versicherungspflichtiges Krankenkassenmitglied die freiwillige Versicherung bei einer knappschaftlichen Krankenkasse, nicht aber der umgekehrte Fall zugelassen war. Dagegen ist die Doppelversicherung bei einer Krankenkasse und einer Ersatzkasse nach wie vor zulässig.

II. Allgemeine Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen. Ein Verstehen der äußeren und inneren Verfassung der Ortskrankenkassen ist nur möglich, wofern ihr Wesen als öffentliche Genossenschaft klargestellt ist. Die öffentliche Genossenschaft oder Genossenschaft des öffentlichen Rechts ist diejenige, die dem Staat gegenüber zu der Erfüllung ihres Lebenszweckes verpflichtet ist. Durch diese rechtliche Pflichtstellung zum Staat wird das Wesen der öffentlich-rechtlichen Genossenschaft gegenüber dem privatrechtlichen gekennzeichnet. Die von dem Staat den Ortskrankenkassen übertragene Lebensaufgabe ist, die durch Krankheit entstehenden wirtschaftlichen Nachteile der Mitglieder durch gemeinschaftliche Tragung des Risikos und durch gesetzliche Beitragszahlung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Wege der Selbstverwaltung zu mildern. Aus dem gesetzlich begrenzten Lebenswzeck ergibt sich die Begrenzung ihrer Persönlichkeit, ihrer Willensfreiheit, aber auch ihrer Selbständigkeit innerhalb des gesetzlichen Rahmens, sodaß sie prinzipiell in Zweckmäßigkeitsfragen freie Entscheidung haben. Auf der anderen Seite erwächst aus ihrer Pflichtstellung für den Staat auch das Recht, im öffentlichen Interesse zu wachen, daß dieser vorgezeichnete Weg innegehalten wird. Zur Durchführung dieses Rechts steht ihm die Aufsichtsbefugnis, ein Ordnungsstrafrecht, sowie das Recht der Selbstübernahme von Handlungen zu [1]).

1) Vgl. Rosin, Recht der öffentl. Genossenschaft.

Rechtsfähigkeit. Aus der Natur der öffentlichen Genossenschaft, vor allem ihrem Selbstverwaltungsrecht zur Erfüllung ihres Lebenszweckes, folgt notwendig die Verleihung der Rechtsfähigkeit. Sämtliche Träger der Versicherung sind rechtsfähig (§ 4). Damit ist gegenüber dem bisherigen Recht, das die Versicherungsträger unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten etc. eingehen ließ, nur eine Änderung im Ausdruck eingetreten. Die Versicherungsträger als öffentliche Genossenschaften sind juristische Personen des öffentlichen Rechts. Dieser Natur steht es nicht entgegen, daß die Rechtsfähigkeit zwei Seiten, einen verschiedenartigen Inhalt, nämlich einen öffentlich-rechtlichen und einen privatrechtlichen hat, je nachdem der Inhalt aus dem öffentlichen Recht der RVo oder dem privaten Recht, dem BGB, sich ergibt.

A. Errichtung der allgem. Ortskrankenkassen. § 226. Wie bereits angedeutet wurde, hat die RVO die Ausnahmevorschrift des KrVG, daß gemeinsame Ortskrankenkassen für mehrere oder auch alle Erwerbszweige eines Orts oder Bezirks errichtet werden dürfen, zur Regel gemacht, indem jetzt die Abgrenzung des Mitgliederkreises nach rein örtlichen Gesichtspunkten, nicht nach Erwerbszweigen oder Betriebsarten erfolgt. Denn die Ortskrankenkassen werden für örtliche Bezirke errichtet (Allgmeine Ortskrankenkassen ebenso wie Landkrankenkassen, § 226 I). Der bisherige Grundtyp der Ortskrankenkassen wird nur als besondere Kassenart bedingungsweise zugelassen. Beide Kassenarten, allgemeine und besondere Ortskrankenkassen, werden mit Rücksicht auf die Einheitlichkeit ihrer Organisation als Ortskrankenkassen bezeichnet und gelten die für Ortskrankenkassen erlassenen Bestimmungen stets für beide. Die allgemeinen Ortskrankenkassen stehen in nahen Wechselbeziehungen zu den Landkrankenkassen, und rechtfertigt sich aus diesem Grund die Einbeziehung eines Teils der Vorschriften über die Landkrankenkassen, soweit diese zum Verständnis notwendig sind.

Die Orts- und Landkrankenkassen sind in der Regel innerhalb des Bezirks eines VA zu errichten (§ 226 II). Da sich der Kassenbezirk nicht mit dem des VA zu decken braucht, so können auch mehrere allgemeine Orts- bezw. Landkrankenkassen innerhalb des VA-Bezirks gegründet werden, was z. B. notwendig würde bei

wirtschaftlich verschiedenartigen Gemeinden in einem Bezirk oder bei großer Entfernung des Kassensitzes vom VA. Umgekehrt darf der Kassenbezirk über den VA-Bezirk nur hinausreichen, wenn die oberste Verwaltungsbehörde es zugelassen hat. Diese kann auch allgemeine Abweichungen von der Regel anordnen. Anträge auf Abweichungen können auch seitens der Interessenten (Kassen-, Gemeinde-Verbände, Versicherungsbehörden) an die oberste Verwaltungsbehörde gerichtet werden. Werden nach der Errichtung Abweichungen erwünscht, so z. B. bei Auskreisung einer Stadt, so kann diese nach § 298 I Z. 3 ausscheiden.

Ausnahmen von der Errichtung. Da die Durchführung der Krankenversicherung auf den allgemeinen Ortskrankenkassen beruhen soll, so muß stets für jeden Ort eine allgemeine Ortskrankenkasse zuständig sein. Neben ihr wird in der Regel auch eine Landkrankenkasse bestehen, doch ist ihre Existenz nicht unbedingt erforderlich, vielmehr wird ihre Errichtung von den wirklichen Bedürfnissen abhängen. In Gebietsteilen, wo die Mehrzahl der Landkassenpflichtigen (§ 235) bereits landesgesetzlich ortskassenpflichtig ist, wo die Verhältnisse der neu in die Versicherung einbezogenen Gruppen von denen der gewerblichen Arbeiter nicht erheblich verschieden sind, oder endlich, wo die Zahl der Landkassenpflichtigen zu gering ist, wird ihre Existenzgefährdung oder die Verneinung des Bedürfnisses ausschlaggebend sein.

Keine Landkrankenkassen. Die Errichtung einer Landkrankenkasse neben den allgemeinen Ortskrankenkassen

I. kann unterbleiben: 1. wenn die Landesgesetzgebung für das Gebiet oder für Gebietsteile des Bundesstaates dieses bestimmt (§ 227). Naturgemäß ist die Nichterrichtung nicht in das freie Belieben gestellt, vielmehr durch den Geist dieser Vorschriften (§§ 227—229) bestimmt. 2. mit Genehmigung des OVA, wo das VA (Beschlußausschuß) nach Anhören beteiligter Arbeitgeber und Versicherungspflichtiger das Bedürfnis verneint, auch wenn mindestens 250 Pflichtmitglieder vorhanden sind (§ 229).

II. muß unterbleiben mit Rücksicht auf die geringe Leistungsfähigkeit, wo die Landkrankenkasse nicht mindestens 250 Pflichtmitglieder haben würde (§ 228). Versicherungsberechtigte werden wegen ihres häufigen Wechsels nicht mitgerechnet.

Keine Ortskrankenkassen. Umgekehrt kann die Errichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse neben der Landkrankenkasse nur in einem Ausnahmefall mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde unterbleiben, wo die Ortskrankenkassen nicht mindestens 250 Mitglieder haben würden (§ 230). Sie darf also stets errichtet werden; man wird aber in solchem Fall aus Zweckmäßigkeitsgründen davon absehen, wenn die anders bemessenen Leistungen der Landkrankenkassen die Ortskassenpflichtigen relativ nicht schlechter stellen, als sie bei den eigenen Ortskrankenkassen wegen der höheren Verwaltungskosten etc. stehen würden.

Wirkung der Nichterrichtung. § 237. Die Wirkung der Nichterrichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse bezw. Landkrankenkasse besteht darin, daß die Ortskassenpflichtigen der Landkrankenkasse und umgekehrt die Landkassenpflichtigen der allgemeinen Ortskrankenkasse angehören. Die Nachteile, die für die Ortskassenpflichtigen durch ihre Einreihung in die Landkrankenkassen, durch die Geltung des Ortslohns als Grundlohn entstehen, müssen ausgeglichen werden durch Festsetzung eines der anderen Grundlöhne, sodaß die Ortskassenpflichtigen die ihrer Beschäftigung und ihrem Arbeitsverdienst entsprechenden Leistungen erhalten. Umgekehrt muß für die Landkassenpflichtigen in den Ortskrankenkassen nicht unbedingt der Ortslohn abweichend vom Kassenlohn bestimmt werden (§ 181).

I. Errichtung durch Gemeindeverband. Für die Errichtung der allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen sind drei Entwicklungsstufen zu unterscheiden, deren jede selbständig einen Rechtsakt bildet: die Errichtung der Krankenkasse, die Festsetzung der Satzung (§ 320), die Bestimmung des Zeitpunktes, in dem sie ins Leben treten soll (§ 324). Erst mit diesem Zeitpunkt erlangt sie die Rechtsfähigkeit. Die vorhergehenden Akte können zu gleicher Zeit erfolgen; die gesetzliche Trennung rechtfertigt sich aus den verschiedenartigen Voraussetzungen. So ist für die Errichtung der Krankenkassen die Mitgliederzahl, die Bezirksabgrenzung, die Prüfung des Bedürfnisses zu erledigen, alles Erfordernisse, die mit der Festsetzung des Satzungsinhalts nicht gemein haben.. Allgemeine Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen werden durch Beschluß des Gemeindeverbandes errichtet (§ 231). Unter diesem wird prin-

zipiell nicht die einzelne Gemeinde, sondern der weitere Kommunalverband verstanden.

Zuständigkeit. a) Des Gemeindeverbandes. § 526. Zuständig ist derjenige, dessen Bezirk den Kassenbezirk bildet oder als nächst größerer Verband [1]) umfaßt. Ragt daher der Gemeindeverbandsbezirk über den Kassenbezirk hinaus, so bleibt der Gemeindeverband zuständig, ausgenommen, wenn der Bezirk der Kasse nicht über den der Gemeinde hinausgeht; hier tritt, allerdings nur auf Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde, die Gemeinde an Stelle des Gemeindeverbandes (§ 526 II), ebenso wenn sonst nach Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde eine einzelne Gemeinde als Gemeindeverband zu gelten hat (§ 111). Die Frage der Zuziehung der Gemeindevertretung bei Beschlußfassung über die Errichtung regelt sich nach Landesrecht [2]). Bestehen nun gar keine Gemeindeverbände, so bestimmt die Landesregierung, wer zuständig sein soll.

b) Des Zweckverbandes. § 527. Ist dies jedoch der Fall in einem Bundesstaat, aber bilden nur die mehreren Gemeinden (selbständige Gutsbezirke, Gemarkungen, ausmärkische Bezirke), für die eine Orts- oder Landkrankenkasse errichtet wurde, zusammen keinen Gemeindeverband, so werden sie nach näherer Bestimmung der Landesregierung zu einem Zweckverband zusammengeschlossen, dem dieselben Rechte wie den Gemeindeverbänden zustehen. Von dieser Bestimmung werden auch die Fälle mit getroffen, wo der größte Gemeindeverband eines Bundesstaats (in Preußen die Provinz) mit kleineren Bezirken einen Kassenverband bildet, z. B. wo eine besondere Ortskrankenkasse für Berlin und einzelne Vororte von Berlin besteht und den Antrag auf Zulassung gestellt hat.

c) Mehrere Gemeindeverbände. § 226 II. Während in den vorhergehenden Fällen (a, b) nur die Errichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse unterstellt wurde, sind jetzt auch die Fälle in Betracht zu ziehen, in denen innerhalb eines VA-Bezirks mehrere allgemeine Ortskrankenkassen errichtet werden sollen. Hier haben

---

1) In Preußen Kreise, unter Umständen die westfälischen Ämter, die rheinischen Bürgermeistereien.

2) In Preußen bedarf es der Zustimmung der Gemeinde-Vertretung.

sich die beteiligten Gemeinden und Gemeindeverbände zu einigen. Ihre Beschlußfassung erstreckt sich auf die Zahl und Abgrenzung der Kassen.

II. Anordnung der Errichtung. Einigen sich die Beteiligten [1]) nicht, so entscheidet das OVA und ordnet die Errichtung an. Dieses Eingriffsrecht ergibt sich aus der öffentlich-rechtlichen Stellung der Krankenkassen und wird stets Platz greifen, wo die Durchführung der Krankenversicherung gefährdet erscheint. So wird auch die Errichtung einer allgemeinen Orts- oder Landkrankenkasse durch das OVA angeordnet, falls ihre Errichtung nicht rechtzeitig erfolgt, d. h. falls sie nicht mit dem Tage in Wirksamkeit treten können, der durch kaiserliche Verordnung gemäß Art. 4 EG bestimmt wird (§ 232). Gegen die Anordnung des OVA steht den beteiligten Gemeinden und Verbänden die Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde stets zu (§ 233 I). Wird die endgültige Anordnung nicht in der gesetzten Frist befolgt, so errichtet das OVA selbst die Kasse oder beauftragt das VA (§ 233 II); in diesem Fall wird auch von Amts wegen die Satzung errichtet (§ 320 III).

B. Sachliche und örtliche Zuständigkeit. I. Für Versicherungspflichtige. Im Zusammenhang mit dem Versicherungszwang und der Zwangsversicherung steht die örtliche Zuständigkeit der Krankenkassen für die Versicherungspflichtigen.

Sachliche Zuständigkeit. Die sachliche Zuständigkeit richtet sich nach dem Erwerbszweig und zwar derart, daß alle Versicherungspflichtigen, die weder in eine knappschaftliche Krankenkasse noch in eine besondere Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse gehören, der allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse angehören (§ 234). Die Reihenfolge, in der die Aussonderung der Versicherungspflichtigen durch die einzelnen Klassen erfolgt, ist durch diese Vorschrift noch nicht geregelt. Sie bestimmt sich folgendermaßen: Die erste Ausscheidung erfolgt durch die landesrechtlichen knappschaftlichen Krankenkassen, die zweite durch die Landkrankenkassen [2]), die dritte durch die Innungs-, die vierte

1) Im Falle des § 231 II. Fall c).
2) Über den Mitgliederkreis vgl. § 235.

durch die Betriebs-, die fünfte durch die besonderen Ortskrankenkassen, während der Rest den allgemeinen Orstkrankenkassen angehört. Demnach ist, wie bisher die Gemeindekrankenversicherung, in ähnlicher Weise die allgemeine Ortskrankenkasse den übrigen Kassenarten gegenüber subsidär. Aus diesem subsidären Charakter folgt der gesetzliche Übertritt zu einer anderen Kasse bei Berufswechsel oder bei Gründung einer neuen, z. B. Betriebskrankenkasse. Abweichend vom bisherigen Recht ist dagegen der mit dem Wegfall der Gemeindekrankenversicherung für alle Versicherungspflichtigen eingeführte Kassenzwang. Ausnahmen erleidet dieser Grundsatz jedoch neben den Hausgewerbetreibenden und ihren hausgewerblich Beschäftigten (§ 468) bei den unständig Beschäftigten, bei denen die Mitgliedschaft nicht ohne weiteres, sondern erst mit der Eintragung in ein Mitgliederverzeichnis beginnt (§ 442).

Örtliche Zuständigkeit. Für die örtliche Zuständigkeit ist prinzipiell der Beschäftigungsort, d. h. der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet, maßgebend (§ 153). Daher ist die Frage der Zuständigkeit von dem Wohn- oder Aufenthaltsort des Versicherten losgelöst zu entscheiden mit einer Ausnahme bei den unständigen Arbeitern, bei denen der Wohnort die Zuständigkeit bestimmt (§ 441) [1]). An die Stelle des tatsächlichen Arbeitsorts tritt in gewissen Ausnahmefällen ein fingierter Beschäftigungsort, wenn es sich um einzelne Arbeiten außerhalb einer festen Arbeitsstätte resp. des Sitzes des Betriebes handelt, und zwar deshalb, um die Unbequemlichkeit zu beseitigen, die sich für Arbeitgeber und Versicherte bei Wechsel des Beschäftigungsorts aus dem Wechsel der Kassenmitgliedschaft ergeben müßten. Einen solchen fingierten Beschäftigungsort kannte auch bereits das KrVG (§§ 5 a I, 16 II), jedoch nur in beschränktem Maße. Die beschränkenden Bestimmungen sind jetzt fallen gelassen. Ob die Beschäftigung in einem Gewerbetrieb erfolgt oder nicht, ob die Natur des Betriebs einzelne

---

1) Nach § 459 ist für Wandergewerbetreibende die Kasse zuständig, wo der Wandergewerbeschein beantragt wird; nach § 466 II folgen die hausgewerblich Versicherungspflichtigen stets der Kasse der Hausgewerbetreibenden, auch wenn für beide nicht derselbe Beschäftigungsort gegeben sein sollte. Diese Ausnahmefälle sind im Text nicht erwähnt, da diese Berufszweige prinzipiell in die Landkrankenkassen gehören.

Arbeiten außerhalb der Betriebsstätte nötig macht oder nur zufällige Arbeiten außerhalb vorgenommen werden, die in keinem Zusammenhang mit der Betriebstätigkeit stehen, ist gleichgültig [1]), ebenso, ob die Tätigkeit an wechselnden Orten oder nur an einem bestimmten Ort vorgenommen wird. Als Beschäftigungsort galt bisher nach § 5 a KrVG der Sitz des Gewerbebetriebs. Die RVO unterscheidet jedoch zwischen der festen Arbeitsstätte und dem Sitz des Betriebes; diese beiden sind nicht ohne weiteres identisch; sie können zusammenfallen, was die Regel sein wird, sie brauchen es aber nicht; ist letzteres der Fall, dann gilt die feste Arbeitsstätte, nicht der Sitz des Betriebes als Beschäftigungsort, sofern die Versicherten von der festen Arbeitsstätte und nicht vom Betriebssitz aus beschäftigt werden. Die feste Arbeitsstätte charakterisiert sich im Gegensatz zu der wechselnden Arbeitsstätte durch die Dauer und den Umfang der Arbeiten. So würde z. B. eine einmonatige auswärtige Bauausführung als feste Arbeitsstätte, nicht als vorübergehende Tätigkeit der Betriebsstätte selbst anzusehen sein.

Als fingierter Beschäftigungsort gilt 1. die feste Arbeitsstätte. § 153. An Stelle des tatsächlichen Arbeitsorts gilt die feste Arbeitsstätte des Arbeitgebers als Beschäftigungsort: 1. Für Versicherte, die an einer festen Arbeitsstätte (Betriebs- oder Dienststätte) [2]) beschäftigt werden für die Zeit, während deren sie außerhalb für den Arbeitgeber Arbeiten ausführen, wofern es sich nur um einzelne Arbeiten und solche von geringer Dauer handelt. Daher würde z. B. eine einmonatige auswärtige Bauausführung unter die Regelvorschrift des Absatzes I des Paragraphen fallen. 2. Für Versicherte, die an einer festen Arbeitsstätte gar nicht beschäftigt, aber von einer solchen aus nur zu einzelnen Arbeiten wechselnd an verschiedenen Orten, in Bezirken verschiedener Orts- oder Landkrankenkassen entsandt werden. Ein Bedürfnis nach Bestimmung einer festen Kasse tritt dagegen nicht hervor, wenn diese Arbeiten im Bezirke einer Krankenkasse stattfinden; dann bleibt diese selbstver-

---

1) Denn die Beschäftigung als solche, nicht die in bestimmten Betrieben ist jetzt in der RVO das entscheidende Kriterium.

2) Durch diese Unterscheidung ist angedeutet, daß die Art der Beschäftigung belanglos ist.

ständlich zuständig, d. h. es gilt die Regelvorschrift. 3. Für Versicherte, die weder an einer festen Arbeitsstätte arbeiten, noch von einer solchen entsandt werden, vielmehr nur auf einzelne Arbeiten außerhalb der festen Arbeitsstätte angenommen sind und zwar lediglich, um dies auszuführen, sofern die feste Arbeitsstätte und ihr Arbeitsort im Bezirke desselben VA liegen. Der Zweck der Vorschrift ist, dem Arbeitgeber die Unbequemlichkeiten zu ersparen, die sich sonst aus der Zugehörigkeit seiner Arbeiter zu verschiedenen Kassen ergeben müßten. Nachteile erwachsen dem Versicherten selbst nicht, da die Unterschiede in den einzelnen Kassenverhältnissen desselben VA nicht groß sind. Bei Lage des Arbeitsorts und der festen Arbeitsstätte in verschiedenen VA-Bezirken oder bei Arbeiten von längerer Dauer ist der tatsächliche Beschäftigungsort maßgebend.

Hervorgehoben sei, daß der Begriff der „Betriebsstätte", der bisher zu Zweifeln Anlaß gab, da unter ihm der Sitz des Gewerbebetriebs, aber auch die für längere Zeit errichtete Arbeitsstätte verstanden wurde, durch den Begriff der festen Arbeitsstätte ersetzt ist. Aus diesem Begriff selbst, sodann auch aus der Gegenüberstellung zu dem Begriff des „Sitz des Betriebs" (§ 154) ergibt sich, daß sie nicht identisch sind, auseinanderfallen können.

2. Der Betriebssitz. § 154. Der Sitz des Betriebes gilt als Beschäftigungsort: 1. Für Beschäftigungsverhältnisse ohne feste Betriebsstätte, also in den Fällen, wo die auswärtigen Arbeiten z. B. von der Privatwohnung oder dem Kontor aus geleitet werden, die ja keine Arbeits- oder Betriebsstätte sind. 2. Für Versicherte, die zu landwirtschaftlicher, in verschiedenen Gemeinden wechselnder Beschäftigung angenommen sind (§ 156), ohne daß die Beschäftigung tatsächlich bereits begonen haben müßte. Über den Sitz des Betriebes vgl. §§ 963, 964.

3. Die Gemeinde. § 155. Für Versicherte, die eine Betriebsverwaltung [1]) in der Absicht angenommen hat, sie in verschiedenen Gemeinden wechselnd zu beschäftigen, z. B. zu Wege- und Wasserbauarbeiten, gilt die Gemeinde, wo die unmittelbare Leitung der Arbeiten ihren Sitz hat, als Beschäftigungsort. Auch hier wird nur eine „Annahme", keine tatsächliche Beschäftigung gefordert, sodaß

1) Reichs-, Staats- oder Kommunal-Verwaltung.

ein Mangel an letzterer für die Zuständigkeit unerheblich ist. Andere Bestimmungen über den fingierten Beschäftigungsort kann das OVA bestimmen, nachdem es die beteiligten Verwaltungen und Gemeinden oder Gemeindeverbände gehört hat.

II. Für Versicherungsberechtigte. Für die Versicherungsberechtigten ist geradeso wie für die Versicherungspflichtigen der Beschäftigungsort und die Beschäftigungsart für die Zuständigkeit entscheidend. Ihr Beitrittsrecht zu den allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen besteht nur subsidär insoweit, als sie nicht nach den §§ 243, 244, 245 IV, 250 II als Mitglieder einer besonderen Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse angehören können. Ob die Versicherungsberechtigten der allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse angehören, bestimmt sich je nach der Art ihrer Beschäftigung (§ 238). Diese Vorschrift gilt jedoch nicht für die freiwillige Weiterversicherung, die ausschließlich bei der alten Krankenkasse begründet werden kann (§ 313).

III. Besondere Ortskrankenkassen. Das Verhältnis der allgemeinen Ortskrankenkassen und der Landkrankenkassen zu den besonderen Kassenarten, den besonderen Ortskrankenkassen, den Betriebs- und Innungskrankenkassen ergibt sich aus der Grundidee der RVO. Ist die Idee einer stärkeren Konzentration zum leitenden Gedanken, die allgemeine Ortskrankenkasse und neben ihr die Landkrankenkasse zum normalen Kassentypus erhoben, so ist in erster Linie ihr Bestand zu sichern, andererseits die Aufrechterhaltung bezw. Neuerrichtung von besonderen Kassen an Bedingungen zu knüpfen, die eine Gewähr dafür bieten, daß die üblen Folgen einer übermäßigen Zersplitterung nicht mehr möglich sind; ferner sind die Versicherten davor zu schützen, daß sie durch ihre Zugehörigkeit zu einer besonderen Kassenart keinen Nachteil erleiden. Daher hat man die Neuerrichtung bezw. Aufrechterhaltung der besonderen Kassenarten von drei grundsätzlichen Voraussetzungen abhängig gemacht: keine Gefährdung der allgemeinen Orts- oder Landkrankenkassen, Gleichwertigkeit der Leistungen und dauernd gesicherte Leistungsfähigkeit. In jedem Fall bedarf die Neuerrichtung der Betriebs- und Innungskrankenkassen der Genehmigung des OVA (§ 252). Eine Ortskrankenkasse auf berufsgenossenschaftlicher Grundlage darf überhaupt nicht mehr ins Leben ge-

rufen werden, während für ihre Zulassung, d. i. Aufrechterhaltung der bestehenden, wie der übrigen eine Prüfung der gesetzlichen Voraussetzungen durch das OVA erforderlich ist [1]). Eine Ausnahme bilden lediglich die gemeinsamen Ortskrankenkassen (§ 16 IV, 43 KrVG), die in ihrem Charakter den allgmeinen Ortskrankenkassen entsprechen und daher nur einer weiteren Ausgestaltung bedürfen [2]).

A. Zulassung. § 239. Als besondere Ortskrankenkassen werden neben den allgemeinen Ortskrankenkassen zugelassen, d. h. können auf Antrag bestehen bleiben [3]), die für einzelne oder mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten oder allein für Versicherte eines Geschlechts errichteten Ortskrankenkassen. Daher haben die für Gesellen, Handlungsgehilfen, abweichend von § 16 KrV bestehenden Ortskrankenkassen kein Recht auf Zulassung, während die Kassen für weibliche Personen allein wegen der verschiedenen Morbidität der beiden Geschlechter eine besondere Berücksichtigung erheischten. Stets ist Voraussetzung, daß die Ortskrankenkasse bei Inkrafttreten dieses Gesetzes [4]) bereits bestanden und den Anforderungen der §§ 240 bis 242 entsprechen, und zwar werden sie nur solange aufrecht erhalten, als sie den gesetzlichen Voraussetzungen genügen; andernfalls werden sie geschlossen (§ 269 II). Eine Neuerrichtung ist stets ausgeschlossen. Die besonderen Ortskrankenkassen können nach ihrer Zulassung andere und höhere Leistungen als nach § 179 beibehalten unter der formellen Voraussetzung, daß die Leistungen bisher zulässig waren [5]) und unter der materiellen, daß die Ausgaben ohne Ueberschreitung der gesetzlichen Höchstbeiträge [6]), 6 % des Grundlohns, gedeckt werden. Werden innerhalb der gesetzlichen Grenzen sehr hohe Beiträge erhoben, die denen der allgemeinen Ortskrankenkassen nicht entsprechen, so kann das OVA auf Grund der Vorschriften über die Gleichwertigkeit der

1) Art. 17 ff. EG.
2) Art. 15. EG.
3) Art. 17 EG.
4) Art. 17 EG.
5) z. B. einmal die Unterstützung an hinterbliebenen Witwen, aber keine dauernden Witwenrenten.
6) § 399 I.

Leistungen einschreiten (§§ 259 II, 260). Die Zulassung der besonderen Ortskrankenkassen ist an fünf Voraussetzungen gebunden, die alle zutreffen müssen, bei deren Vorliegen aber auch ein Recht auf Zulassung begründet ist. Sie muß mindestens 250 Mitglieder haben [1]), bei denen auch die Versicherungsberechtigten mitzuzählen sind (§ 240 Z. 1). Bei der Berechnung der Mindestzahl wird im Interesse der Kassen mit stark wechselnder Mitgliederzahl der Durchschnitt der letzten drei Jahre, oder wenn die Kasse erst kürzere Zeit besteht, nach dem Durchschnitt dieser Zeit berechnet (§ 241).

2. Ihr Fortbestand darf den Bestand oder die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse des Bezirks nicht gefährden (§ 241 Z. 2). Diese Forderung ist erklärlich, da die besondere Ortskrankenkasse je nach ihrer Größe für den Mitgliederkreis der allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse bestimmend sein wird, z. B. bei einer besonderen Ortskrankenkasse für die Textilindustrie, wo die in der Fabrik Beschäftigten ortskassenpflichtig, die hausgewerblichen Arbeiter aber landkassenpflichtig wären. Ja, es können auch mehrere allgemeine Ortskrankenkassen bezw. Landkrankenkassen betroffen werden, falls diese innerhalb eines VA-Bezirks errichtet sind, und der Bezirk der besonderen Ortskrankenkasse sich mit dem VA-Bezirk deckt. — Es muß eine Gefährdung vorliegen, ein Beeinträchtigung genügt nicht. Der Begriff der Gefährdung ist nicht festgelegt. Er wird sich aus der ganzen finanziellen wirtschaftlichen Lage ergeben; so wird eine Gefährdung gegeben sein, falls bei Normalbeiträgen (4½ %, § 386) die Gewährung der Regelleistungen ausgeschlossen ist. Eine Handhabe zur Bestimmung der „Gefährdung" gibt das Gesetz nur in einem speziellen Fall (§ 242), wenn nämlich die Zahl der Mitglieder der allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse bei Zulassung besonderer Ortskrankenkassen nicht mindstens 250 erreichen würde. — Bis der Mitgliederstand der allgemeinen Ortskrankenkasse oder der Landkrankenkasse 250 Mitglieder erreicht, werden zunächst die Kassen mit der geringsten Mitgliederzahl ausgeschlossen. Sind also drei besondere Ortskrankenkassen mit 100,

1) Um ihre Leistungsfähigkeit nach Möglichkeit sicher zu stellen.

150, 300 Mitgliedern vorhanden, während die allgemeine Ortskrankenkasse nur 100 Mitglieder zählt, so wäre nur die größte zuzulassen.

3. Ihre satzungsmäßigen Leistungen müssen denen der maßgebenden Ortskrankenkasse mindestens gleichwertig sein oder binnen sechs Monaten gemacht werden (§§ 259, 263). Diese Bestimmung ist im Interesse der Versicherten getroffen worden, die einer besonderen Ortskrankenkasse angehören, damit sie durch deren Zulassung nicht schlechter gestellt werden, als wenn sie Mitglieder einer allgemeinen Ortskrankenkasse wären. Über die Gleichwertigkeit der Kassenleistungen entscheidet das zuständige VA (Beschlußausschuß — 259), nachdem der Vorsitzende das nötige Material beschafft und allgemein die Leistungen berechnet und veranschlagt hat. Bei der gegenseitigen Abwägung sind nicht die einzelnen Leistungen in Betracht zu ziehen, vielmehr die Gesamtleistungen als Ganzes einander gegenüber zu stellen, nach Billigkeit zu veranschlagen, sodaß Minderleistungen auf dem einen Gebiet durch Mehrleistungen auf einem anderen ausgeglichen werden können. Neben diesem objektiven Moment ist noch ein subjektives, der besondere Mitgliederkreis der einzelnen Kassen, zu berücksichtigen, also das Alter, Geschlecht, Gefährlichkeit des Betriebs. So würde z. B. für eine Kasse mit vielen Arbeiterinnen ein Schwangerengeld unter sonst gleichen Verhältnissen höher zu bewerten sein als das doppelte Sterbegeld. Ein praktischer Fall für die Berechnung mag als Beispiel dienen: Kasse A zahlt ein Krankengeld von 60 % des Grundlohns für 26 Wochen, jedoch nicht für die ersten drei Tage, Kasse B 50 %, jedoch für 34 Wochen und vom ersten Krankentage ab. Die Regelleistungen seien = 100 gesetzt. Dann gewährt Kasse A demnach 20, Kasse B für die längere Zeit rund 117 und für die drei Karenztage rund + 2, also 119. Beide Leistungen sind hier als gleichwertig anzusehen.

Um nun zu verhindern, daß die besonderen Ortskrankenkassen jederzeit von den allgemeinen Ortskrankenkassen aufgesogen werden könnten, indem diese ihre Leistungen über die Leistungsfähigkeit der besonderen Krankenkassen hinaufschrauben und letztere so wegen Mangel der Gleichwertigkeit geschlossen werden müßten, werden bei der Veranschlagung Leistungen der maßgebenden Kasse,

die noch kein volles Jahr gelten, nicht berücksichtigt. Desgleichen werden nicht in Anschlag gebracht die Mehrleistungen, die nur auf Kosten der Rücklage oder durch eine Erhöhung der Beiträge über 4½ % des Grundlohns hinaus ermöglicht werden (§ 260). Damit wird also der Grundsatz der Gleichwertigkeit bezüglich der Mehrleistungen erheblich eingeschränkt, indem nur die auf Grund der regelmäßigen Höchstbeiträge (4% %) gewährten Mehrleistungen der allgemeinen Ortskrankenkassen bewertet werden. Die besonderen Ortskrankenkassen sollen wider ihren Willen eben nicht gezwungen werden können, nur unter besonderen Opfern außergewöhnliche Leistungen gewähren zu müssen.

Einen weiteren Schutz hat man den besonderen Krankenkassen durch die Vorschrift angedeihen lassen, daß die Gleichwertigkeit nur von vier zu vier Jahren festgestellt wird, wodurch die Ausgleichung in der Höhe der Leistungen bei diesem langen Zeitraum erleichtert werden. Aber nicht regelmäßig alle vier Jahre erfolgt die Feststellung der Gleichwertigkeit, sondern nur, wenn Tatsachen vorliegen, welche die frühere Festsetzung als nicht mehr zutreffend erscheinen lassen. Letzteres würde z. B. nicht der Fall sein, wenn keine Satzungsänderung bei einer der Kassen in der Zwischenzeit beschlossen worden ist.

Den Maßstab für die Gleichwertigkeit gibt die allgemeine Ortskrankenkasse des Bezirks (§ 261). Bei Vorhandensein mehrerer ist jede für die Krankenkassen ihres Bezirks bestimmend. Erstreckt sich der Bezirk bei besonderen Ortskrankenkassen über den mehrerer allgemeiner Ortskrankenkassen, so ist die allgemeine Ortskrankenkasse ihres Sitzes maßgebend [1]). — Die Entscheidung des VA über die Gleichwertigkeit wird den beteiligten Kassen mitgeteilt und, soweit es sich um die Errichtung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse handelt, auch den beteiligten Landkrankenkassen und allgemeinen Ortskrankenkassen. Eine Beschwerde geht an die Beschlußkammer des OVA, das endgültig entscheidet (§ 263). In besonderen Fällen, die mit schwierigen, versicherungstechnischen Fragen verknüpft sind, kann es vor der Entscheidung ein Gutachten der Rechnungsstelle des RVA einholen.

1) Satz 2 II des § 261 kommt nur für Betriebs- nicht für Orts-Krankenkassen in Betracht, weil diese keine örtlich abgesonderten Mitglieder haben.

4. Es muß die Leistungsfähigkeit der besonderen Ortskrankenkassen für die Dauer sicher sein. Diese Frage ist besonders zu prüfen, wenn auch durch die Mindestzahl eine gewisse Leistungsfähigkeit garantiert ist.

5. Sie darf nicht über den Bezirk des VA hinausreichen und zwar im Interesse einer einheitlichen Versicherungsorganisation. Daher ist eine Satzungsänderung erforderlich, falls eine besondere Kasse bei ihrer Zulassung über den Bezirk des VA hinausreicht oder andererseits dieser später verkleinert wird.

B. Mitgliederkreis. § 243. In die besonderen Ortskrankenkassen gehören diejenigen Gruppen von Versicherungspflichtigen, für welche die Kasse nach ihrer Satzung besteht. Für deren Inhalt ist der Zeitpunkt des Inkrafttretens der RVO maßgebend. Aus dieser Zwangsmitgliedschaft folgt, daß die Versicherungspflichtigen nicht Mitglieder der allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse sein können. Versicherungsberechtigte dieser Gruppen können ihr beitreten; der Eintritt in eine andere Zwangskasse ist ihnen versagt. Der Mitgliederkreis kann durch die Satzung nicht erweitert werden, dagegen durch Ausscheidung, z. B. der Angehörigen desselben Erwerbszweigs auf Mehrheitsbeschluß und Antrag hin verkleinert werden (§ 298 I Z. 4).

Gemischte Betriebe. § 244. Handelt es sich um einen gemischten Betrieb, d. h. um die Vereinigung mehrerer Gewerbszweige oder Betriebsarten zu einem Betrieb [1]) und bestünden für einzelne der Berufsgruppen besondere Ortskrankenkassen, so würden die verschiedenen Berufsoruppen verschiedenen Ortskrankenkassen angehören. Um diese Unbequemlichkeit zu vermeiden, gehören sämtliche Berufsgruppen der in dem Betriebe beschäftigten Versicherungspflichtigen derjenigen besonderen Ortskrankenkasse an, welche die Mehrheit aller in dem Betriebe beschäftigten Versicherungspflichtigen umfaßt; ebenso können ihr die Versicherungsberechtigten beitreten, und zwar nur dieser Krankenkasse. Ist eine solche Mehrheit nicht vorhanden, so gehören sie alle ohne Unterschied in die allgemeine Ortskrankenkasse. Dieser Grundsatz erleidet aber eine Ausnahme, sofern eine besondere Ortskrankenkasse

1) z. B. Wagenbauer, Sattlerei, Schlosserei in einem Betrieb.

für Mitglieder eines Geschlechts besteht. In diesem Fall bleibt die Zugehörigkeit zu dieser besonderen Ortskrankenkasse bestehen, um diese Geschlechtsgenossen nicht einer anderen Krankenkasse zuzuweisen und andererseits die Kassen der Geschlechtsgenossen durch Ausscheiden eines Teils nicht zu gefährden [1]).

III. Streitigkeiten aus der Kassenzugehörigkeit. § 258. Zu den Streitigkeiten über Kassenzugehörigkeit gehören alle, die in gewerbetechnischen Fragen, in mangelhaften Satzungsbestimmungen oder in Zweifeln über Beschäftigungsart und Arbeitsstätte wurzeln. Entsteht zwischen Krankenkassen (§ 225) Streit darüber, welcher von ihnen Betriebe oder Betriebsteile angehören oder lehnen mehrere angegangene Kassen die Kassenzugehörigkeit ab, so entscheidet der Beschlußausschuß [2]), während bei Streit zwischen Krankenkassen und Knappschaftskassen oder einer Ersatzkasse dem Spruchausschuß die Entscheidung obliegt (§§ 1787, 1775). Auf Beschwerde gegen die Entscheidung des Beschlußausschusses entscheidet das OVA (Beschlußkammer) endgültig. Die endgültige Entscheidung über Zuweisung von Betrieben oder Betriebsteilen an eine andere Krankenkasse hat konstitutive Wirkung, insofern durch sie die Kassenzugehörigkeit unmittelbar begründet wird. Sie bestimmt gleichzeitig auch den Tag des Beginns. Endgültige Entscheidungen über die Kassenzugehörigkeit sind für alle Behörden und Gerichte bindend [3]). — Eine materielle Neuerung gegenüber § 57 b KrVG besteht hiernach nur in der Einbeziehung der Streitigkeiten über Kassenteile.

IV. Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung, Schließung. Eine Änderung in der Kassenorganisation kann wie bisher auf vierfach verschiedene Art und Weise erfolgen: Durch Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung und Schließung. Zwischen diesen vier Arten besteht ein grundsätzlicher Unterschied, insofern bei der Auflösung

---

1) Der im § 19 IV KrVG ausgesprochene Gedanke ist daher noch weiter entwickelt.

2) Über die örtliche Zuständigkeit vgl. § 1783.

3) Hervorgehoben sei, daß eine Entscheidung der Versicherungsbehörden nicht ergehen kann, wenn die Frage strittig ist, ob der Arbeitgeber Mitglied einer Innung ist; nach §§ 96, 100 der Gew.-O. entscheidet die Aufsichtsbehörde der Innung und auf Beschwerde die höhere Verwaltungsbehörde.

und Schließung nur eine Kasse vorhanden ist und der vorhandene Versicherungsträger jedesmal untergeht, während bei der Vereinigung und Ausscheidung stets zwei Kassen beteiligt sind, die sich miteinander verschmelzen bezw. sich selbständig jede gestalten. Es sei auch noch auf einige Grundgedanken aufmerksam gemacht! Die Möglichkeit einer Vereinigung entspricht dem Zentralisationsgedanken der RVO, große leistungsfähige Kassen zu schaffen. Die Vereinigung ist daher in den meisten Fällen freiwillig, während eine zwansweise Verschmelzung nur in einem Falle stattfindet (§§ 264 I, 282 II). Eine Ausscheidung aus der allgemeinen Orts- oder Landkrankenkasse wird grundsätzlich nur bei Änderung der Verwaltungsbezirke und damit auch der Kassenbezirke eintreten, es sei denn, daß eine neue Betriebs- oder Innungskrankeasse errichtet wird. Bei Vereinigung und Ausscheidung findet stets zwischen den beiden beteiligten Kassen eine Auseinandersetzung statt über Mitglieder, Vermögen, Arztverträge etc., wofern nicht nur unerhebliche Änderungen vorliegen. Die Auflösung unterscheidet sich von der Schließung dadurch, daß die Auflösung ausnahmslos auf Antrag des Versicherungsträgers hin erfolgt, während jene von Amts wegen eintritt. Was die Auflösung der allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen betrifft, so ist diese selbstverständlich ausgeschlossen, da auf ihr die Durchführung der Versicherung beruht, und unter Umständen Kassenpflichtige bei Mangel besonderer Kassenarten ihrer Versicherungspflicht nicht genügen könnten. Aus demselben Grunde ist eine Schlieung grundsätzlich ausgeschlossen, es müßten denn die gesetzlichen Voraussetzungen bei ihrer Errichtung gefehlt haben. Eine Auflösung der besonderen Kassenarten ist dagegen jederzeit möglich; denn ihr Bestehen ist ja lediglich durch ihren Willen bestimmt. Der Auflösung bezw. Schließung folgt ein einfaches Liquidationsverfahren, keine Auseinandersetzung, da hier der Versicherungsträger ja verschwindet, und durch seinen Untergang zunächst eine andere Kasse nicht unmittelbar berührt wird; jedoch können auch hier z. B. durch die Aufnahme der Mitglieder Beziehungen zu anderen Kassen hergestellt werden.

Aus diesem Überblick geht hervor, daß der Charakter der Vereinigung, Auflösung, Schließung und Ausscheidung sich nicht ge-

ändert hat. Neuerungen sind aber insoweit in Erscheinung getreten, als durch den Ersatz der berufsgenossenschaftlichen Ortskrankenkassen durch die allgemeinen Ortskrankenkassen die Regelung ihrer Verhältnisse zu den Landkrankenkassen und besonderen Ortskrankenkassen erforderlich werden.

A. Sachliche Voraussetzung. I. Der Vereinigung. Die Vereinigung geschieht meistens freiwillig, ausnahmsweise zwangsweise.

a) Die Vereinigung einer Landkrankenkasse mit der allgemeinen Ortskrankenkasse findet statt: 1. wenn der Mitgliederstand einer für den ganzen Beizrk des VA errichteten Landkrankenkasse nicht nur vorübergehend unter 250 sinkt (§ 264 I). Die Verschmelzung ist obligatorisch. Bei nicht rechtzeitiger Antragstellung stellt ihn das VA (§ 282 II); 2. wenn der Beschlußausschuß des VA nach Anhörung beteiligter Arbeitgeber und Versicherungspflichtiger das Bedürfnis für ihre Fortsetzung verneint (§ 264 II).

b) Umgekehrt kann eine allgemeine Ortskrankenkasse mit einer Landkrankenkasse vereinigt werden, falls der Mitgliederstand eine für den ganzen Bezirk des VA errichteten allgemeinen Ortskrankenkasse nicht nur vorübergehend unter 250 sinkt (§ 264 III).

c) Eine Vereinigung mehrerer für den Bezirk eines VA nach § 231 II errichteten allgemeinen Orts- Landkrankenkasse — Teil-Orts- oder Teil-Landkrankenkassen — kann auf Beschluß ihrer Ausschüsse und mit Zustimmung der beteiligten Gemeinden oder Verbände herbeigeführt werden (§ 265). Also nur die gleichartigen Teilkrankenkassen können miteinander vereinigt werden, während in den vorhergehenden Fällen eine Vereinigung der für den ganzen Bezirk errichteten Ortskrankenkasse — und umgekehrt — möglich ist.

d) Endlich kann auch die Vereinigung einer besonderen Ortskrankenkasse mit der allgemeinen erfolgen, jedoch nur, falls der Bezirk der besonderen Ortskrankenkasse nicht über den der allgemeinen hinausgeht und die Ausschüsse beider Kassen die Vereinigung beschließen (§ 268). Formelle Voraussetzung für die Vereinigung ist die Beschlußfassung des OVA; lehnt dieses die Vereinigung ab, so ist die Beschwerde an die oberste Verwaltungs-

behörde gegeben (§§ 280, 284 II). Die Kasse kann sich aber auch in diesem Falle auflösen.

II. Schließung. 1. Der allgem. Ortskrankenkasse. (§ 266). Die Schließung ist die von Amts wegen auf Behördenbeschluß eingetretene Beendigung des Versicherungsträgers. Eine allgemeine Ortskrankenkasse wird geschlossen, wenn sich herausstellt, daß sie nicht hätte errichtet werden dürfen, nämlich a) bei einem Pflichtmitgliederstand unter 250 zur Zeit der Errichtung und Genehmigung ihrer Nichterrichtung durch die oberste Verwaltungsbehörde (§ 230); b) bei Errichtung für den ganzen VA-Bezirk, während mehrere Ortskrankenkassen nach § 231 II hätten errichtet werden sollen [1]).

2. Der Teilortskrankenkassen. § 267. Die Schließung einer Teilorts- oder Teillandkrankenkasse erfolgt 1. wie zu II 1 bei unzulässiger Errichtung (§ 266); 2. wenn der Mitgliederstand nicht nur vorübergehend unter 250 sinkt und keine Vereinigung nach § 265 zustande kommt; 3. wenn ihre Beiträge, obwohl sie 6 % ihres Grundlohns (§§ 389/390) erreicht haben, mit den anderen Einnahmen nicht ausreichen, um die Regelleistungen zu decken, und, falls bei einer Ortskrankenkasse Arbeitgeber und Versicherte sich nicht über eine Erhöhung der Beiträge einigen oder, falls bei einer Landkrankenkasse der Gemeinde-Verband nicht die erforderliche Beihilfe leistet. Der Schließung kann die Kasse auch in diesem Falle durch Vereinigung zuvorkommen. Kommt es hierzu nicht, so entscheidet über den schlechten Stand der Kasse das OVA auf Grund mehrerer oder auf Grund auch nur eines Jahresabschlusses.

3. Der besonderen Ortskrankenkassen. § 269 II. Eine besondere Ortskrankenkasse wird geschlossen, wenn: 1. sich herausstellt, daß sie nicht hätte zugelassen werden dürfen, entweder weil die materiellen Voraussetzungen (§§ 239—242) oder die nach dem EG Art. 17 erforderlichen formellen fehlen; 2. sie nach § 267 Z. 2 leistungsunfähig wird, ihre Regelleistungen nicht gewähren kann; 3. durch eine eingetretene Änderung nach der Errichtung den materiellen Voraussetzungen nicht mehr entsprochen wird. Die Kasse

1) Bezüglich der Landkrankenkassen vgl. §§ 227, 229, 231 II.

hat jedoch in diesem Falle eine dreifache Möglichkeit, um der Schließung zuvorzukommen. Sie kann a) sich auflösen (§ 269 I), b) bei gleichem oder kleinerem Kassenbezirk wie die allgemeine Ortskrankenkasse sich mit jener vereinigen, c) den neuen Verhältnissen Rechnung tragen, je nach dem aa) durch Erhöhung der Leistungen innerhalb 6 Monaten (§ 240 Z. 3), bb) durch Bezirksverkleinerung entsprechend dem verkleinerten VA-Bezirk (§ 240 Z. 5), cc) durch Beatragserhöhung, dd) durch Ausscheidung einzelner Erwerbszweige oder Betriebsarten auf Beschluß der betreffenden Mitglieder, falls die Kasse für mehrere Erwerbszweige oder Betriebsarten zugelassen ist (§ 298 Z. 4). Die Ausgeschiedenen fallen alsdann der allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse zu (§ 243), da die Errichtung einer neuen besonderen Ortskrankenkasse ja ausgeschlossen ist.

III. Auflösung. Eine zugelassene besondere Ortskrankenkasse kann jederzeit auf Beschluß ihres Ausschusses aufgelöst werden (§§ 269, 345 III).

IV. Ausscheidung. Die Ausscheidung ist stets freiwillig. Der ausscheidende Teil kann sich mit einer anderen Kasse verschmelzen oder eine selbständige Kasse bilden. Die alte Kasse bleibt also stets bestehen. Unberücksichtigt bleibt ihre Leistungsfähigkeit und die Gefahr, daß sie eventuell geschlossen werden muß, sofern nur die gesetzlichen Voraussetzungen für die Ausscheidung vorliegen. Die Ausscheidung kann zweifacher Art sein, je nach dem eine Auseinandersetzung folgt oder nicht: a) für Mitglieder der allgemeinen Orts- oder Landkrankenkasse wird eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse errichtet; gemäß §§ 245 III, 250 II sind die dem Betrieb resp. der Innung Angehörenden Mitglieder dieser neuen Krankenkassen. In diesem Fall erfolgt keine Auseinandersetzung mit der alten Kasse hinsichtlich der Rechte und Pflichten [1]) mit einer Ausnahme; auf die neue Kasse geht die Verpflichtung zur sofortigen weiteren Gewährung von ihren Leistungen in schwebenden Unterstützungsfällen über (§ 212). b) Die zweite Möglich-

1) Dieser Fall ist unter § 298 Z. 1—8 nicht mit aufgezählt und nur in diesen Fällen erfolgt eine Auseinandersetzung.

keit einer Ausscheidung kann sich ergeben, falls 1. sich die Verwaltungsbezirke (der VA-Bezirk) ändern und mit ihnen die Kassen bezirke (§ 298 Z. 1), 2. in einem Bezirk, wo bisher keine allgemeine Orts- oder Landkrankenkasse bestand, eine Kasse dieser Art gebildet wird (§§ 227—230), 3. aus einer allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse eine neue Krankenkasse, und zwar derselben Art, ausgeschieden wird, z. B. bei Auskreisung einer Stadt. In allen diesen Fällen findet eine Auseinandersetzung statt, wofern es keine unerheblichen Änderungen sind und die beteiligten Kassen zustimmen (§ 298 II, III).

B. Verfahren. Während in den vorhergehenden Vorschriften die sachlichen Voraussetzungen für die Vereinigung, Auflösung, Schließung und Ausscheidung der Krankenkassen festgelegt waren, folgen jetzt die formellen und der Gang des Verfahrens. Bisher hatte im KrVG nur das Verfahren bei Schließung, Auflösung und Ausscheidung gesetzliche Regelung gefunden. Alle drei Organisationsveränderungen vollzogen sich in der Form einer Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde. Auch ihre Wirkungen waren die gleichen. Es erfolgte eine Überweisung der Versicherungspflichtigen an die zuständigen Krankenkassen, ebenfalls eine Überweisung des nach Abzug der Schulden noch vorhandenen Vermögens an die Kassen, auf die Mitglieder übergegangen waren (§ 47 KrVG). Das Verfahren bei der Vereinigung mehrerer Ortskrankenkassen war nicht näher bestimmt. Man hatte nur die Errichtung gemeinsamer Ortskrankenkassen (§ 43 KrVG) vorgesehen, nicht aber die Verschmelzung mehrerer Ortskrankenkassen nach ihrer Errichtung. Diese sollte sich durch Auflösung der Einzelkassen und durch Errichtung einer neuen gemeinsamen Kasse vollziehen [1]). Jetzt ist das Verfahren bei der Vereinigung bis ins Einzelne ausgestaltet, um einer erwünschten Zentralisation die Wege zu ebnen. Die Frage der Vereinigung spielt jetzt eine größere Rolle wie bisher, da eine Vereinigung der allgemeinen Ortskrankenkassen mit ihresgleichen, mit den Land- und den besonderen Ortskrankenkassen in Frage kommt, während bisher nur die Verschmelzung mehrerer besonderer Ortskrankenkassen möglich war.

1) Vgl. Hahn, § 47 Anm. 3, Arb.-Vers. 17, S. 109; 22 S. 730.

Bei der Vereinigung lösen sich nicht wie früher beide Kassen auf, vielmehr wird die eine von der anderen aufgenommen, sodaß nur eine untergeht. Die Rechtsverhältnisse werden in einem Auseinandersetzungsverfahren gelöst. Was die anderen Verfahrungsarten betrifft, so wird die Ausscheidung der Vereinigung bezüglich der Auseinandersetzung gleich behandelt. In einen Gegensatz zur Vereinigung und Ausscheidung tritt die Auflösung und Schließung, die sich abweichend von dem Auseinandersetzungsverfahren in einem einfachen Liquidationsverfahren (§ 301) unter gesetzlicher Lösung der Verträge (§ 302) und unter Heranziehung des Gemeindeverbandes zur Befriedigung der Ansprüche der Beamten (§ 305) im Unterschied vom KrVG neuerdings abspielen. Im übrigen sind die persönlichen und sachlichen Wirkungen beim Liquidationsverfahren dieselben geblieben wie bisher.

I. Allgemeine Vorschriften. Sämtliche Organisationsveränderungen erfolgen auch jetzt auf Anordnung, auf Beschluß des OVA (Beschlußkammer), der nicht nach freiem Ermessen, vielmehr nur auf Grund der materiellen Voraussetzungen ergehen kann. Zuständig ist dasjenige OVA, in dessen Bezirk die Kassen ihren Sitz haben. Liegen die Sitze der beteiligten Kassen in Bezirken verschiedener OVA, so bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde das zuständige OVA (§ 280).

a) Antrag. § 281. Die Vereinigung, Ausscheidung oder Auflösung ist im Gegensatz von der Schließung prinzipiell von dem freien Willen der Kassen abhängig. Daher ist, von einer Ausnahme abgesehen, (§ 282 II, 264), stets ein dahingehender Antrag an das VA zu richten, das für die beteiligten Kassen zuständig ist. Liegen ihre Sitze in Bezirken verschiedener VA, so bestimmt das OVA das zuständige VA.

b) Antragsberechtigte. § 282. Jede beteiligte Kasse ist antragsberechtigt und außerdem der zuständige Gemeindeverband, weil ihm nämlich eine Zuschußpflicht für die Gewährung der Regelleistungen unter gewissen Umständen obliegen kann (§§ 389, 390). Ausnahmsweise stellt das VA den Antrag, wofern nämlich bei Sinken des Mitgliederstandes einer Landkrankenkasse unter 250 der Antrag nicht rechtzeitig, d. h. etwa binnen einem Monat nach Eintritt der Voraussetzungen seitens der Kasse gestellt wird. Das

VA ist hierzu verpflichtet, ebenso wie zu der Einleitung des Verfahrens bei Schließung einer Krankenkasse, wofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen.

c) Vorbereitungsverfahren. § 283. Dem VA liegt das Vorbereitungsverfahren ob; es gibt den Beteiligten Gelegenheit, sich über den Antrag zu äußern. Eine Verpflichtung der Beteiligten zur Äußerung besteht nicht. Als beteiligt gelten auch die Kassen, denen übergehende Mitglieder künftig anzugehören hättten, sowie die nach § 282 I Beteiligten. Alsdann legt das VA dem OVA vor: 1. den Antrag mit den Äußerungen, 2. den Entwurf oder die Entwürfe der Satzungsänderungen, 3. den Beschluß des Beschlußausschusses über die Auseinandersetzung (§§ 286, 287) oder die Mitgliederzuweisung (§ 300), 4. seine gutachtliche Äußerung, namentlich über die Zweckmäßigkeit, soweit es nicht selbst die Änderung veranlaßt hat.

d) Tag der Änderung. § 284. Das OVA setzt in seinem Beschlusse den Tag fest, mit dem die Änderung in Kraft tritt. Zwischen dem Beschlusse und dem festgesetzten Tage müssen mindestens vier Monate liegen. Der innere Grund liegt in den gesetzlichen dreimonatigen Kündigungs-, Mitteilungsfristen für Verträge und Anmeldefristen der Ansprüche, da diese sonst nicht eingehalten werden könnten [1]). Eine Kürzung der Frist ist bei Schließung von Kassen in dringenden Fällen möglich, ohne daß jedoch hiermit eine Kürzung der genannten gesetzlichen Kündigungsfristen etc. einritt. Eine eventuelle Haftung aus Verträgen über den Tag der Änderung hinaus bleibt in diesem Falle daher bestehen. Gegen den Beschluß haben die Beteiligten (§ 282) die Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde.

II. Auseinandersetzungsverfahren bei Vereinigung (Ausscheidung). § 298 I, II. Bei der Vereinigung von Kassen findet eine Auseinandersetzung zwischen den beteiligten Kassen nach §§ 286 bis 297 statt (§ 285). Dieselben Vorschriften gelten entsprechend bei der Ausscheidung (§ 298 I Z. 1, 2, 3 II). Die Vorschriften sind teils zwingend (§§ 288, 289 II, 290, 291 II, 293), teils fakultativ, z. B. (§§ 289 II, 291, 292, 294 II, III), um den verschieden-

1) §§ 291, 301, 302.

artigen Verhältnissen Rechnung zu tragen. Auch kann die oberste Verwaltungsbehörde im Bedarfsfalle ergänzende Vorschriften über die Auseinandersetzung erlassen.

1. Auseinandersetzung. a) Durch die Kassen. Vertreterversammlung. § 286. Um dem OVA ein abgeschlossenes Bild zu verschaffen, soll regelmäßig die Auseinandersetzung dem Beschluß des OVA vorangehen. Muß jedoch eine Vereinigung vorgenommen werden (§ 264 I), liegen die Verhältnisse sehr unklar, oder ist eine Auseinandersetzung nur mit Hilfe der gesetzlichen Kündigungsfristen (§ 291) möglich, so darf die Auseinandersetzung nachfolgen. Auch in diesem Falle ist das Beschwerderecht (§ 297) gegeben. Da die Vereinigung und Ausscheidung, von der einen Ausnahme (§ 264) abgesehen, in das freie Ermessen der Kassen gestellt ist, so liegt die Auseinandersetzung hauptsächlich ihnen ob. Es treten Vertreter der beteiligten Kassen auf Einladung des VA unter Leitung des Vertreters des VA zusammen. Die Zahl der Vertreter ist nicht bestimmt. Sie wird sich nach der Schwierigkeit der Verhältnisse richten, jedenfalls ist mindestens ein Vertreter von jeder Kasse zu entsenden; sie brauchen keine Kassenmitglieder zu sein. Bei Streit über Zahl und Verteilung der Vertreter entscheidet das VA, ebenso wie unter Umständen darüber, wer als beteiligt anzusehen ist. Die Tätigkeit des VA erstreckt sich auf technische und juristische Hilfeleistung, während alles übrige in den Händen der Vertreterversammlung liegt. Diese kann aber keinen bindenden Beschluß fassen. Denn eine etwa erzielte Vereinbarung bedarf der Zustimmung der beteiligten Kassenausschüsse, sowie der Genehmigung des VA. Versagt der Kassenausschuß seine Zustimmung, so bleibt diese Tatsache ohne Rückwirkung für den Beschluß über die Vereinigung. Während für die Genehmigung des VA der Vorsitzende zuständig ist, sind die Laien bei der Nichtgenehmigung hinzuzuziehen. Der Beschlußausschuß kann sie aus wichtigen Gründen versagen, z. B. bei Verletzung zwingender Rechtsvorschriften, Schädigung der Beamten, der berechtigten Interessen der Ärzte oder bei ungerechter Verwendung des Vermögens (§ 286 III).

b) Durch das VA. In drei Fällen liegt dem VA (dem Beschlußausschuß) im Interesse der Durchführung der Auseinander-

setzung letztere ob, nämlich, wenn 1. keine Vereinbarung zustande kommt, 2. einer der beteiligten Ausschüsse nicht zustimmt, oder 3. die vom VA erhobenen Ausstände nicht beseitigt werden.

2. Beschränkte Universal-Succession. § 288. Bei der Vereinigung gehen die Rechte und Pflichten der aufgenommenen Kasse über, soweit die §§ 289—296 nichts anderes vorschreiben. Es handelt sich also dem Grunde nach um eine Universatlsuccession, die aber z. B. durch den Ausschluß des Übergangs des Vermögens, durch die Überweisung von Kopfbeträgen und eventuell Bildung eines Sondervermögens (§§ 293, 294) nicht rein durchgeführt ist. Es gehen sämtliche Rechte und Pflichten über, mögen sie auf Vertrag (Mietverträgen, Arztverträgen etc.) oder auf Gesetz gegenüber Mitgliedern und Arbeitgebern wegen rückständiger Beiträge oder anderen Versicherungsträgern wegen Ersatzansprüchen (§ 222) beruhen oder die Übernahme der Leistungsverpflichtung bei schwebenden Unterstützungsansprüchen (§ 212) oder bei den wegen Erwerbloslosigkeit Ausgeschiedenen (§ 214) betreffen. Für die Frage, welche Kasse die aufnehmende und welche die aufgenommene ist, wird die Größe, das Vermögen, entscheidend sein; im Zweifel entscheidet das VA, gegen dessen Erkenntns die Beschwerde an das OVA gemäß § 297 gegeben ist, weil es ja ein Teil der Auseinandersetzung ist. Werden Satzungsänderungen erforderlich, z. B. bei Änderung des Mitgliederkreises oder bei Abweichungen (§§ 290—292), so hat die Kasse diese vorzunehmen, widrigenfalls das VA sie anordnet und eventuell das OVA (Beschlußkammer) sie vollzieht (§ 326 III).

3. Regelung der persönlichen Beziehungen. a) Zu Mitgliedern. § 289. Die versicherungspflichtigen Mitglieder der aufgenommenen Kasse werden ohne weiteres Mitglieder der aufnehmenden Kasse. Eine besondere Zustimmung ist nicht erforderlich, da diese Gruppen kassenpflichtig sind und Zweifel über die Zuständigkeit der Kasse nicht entstehen können. Die versicherungsberechtigten Mitglieder, zu denen auch die zur Weiterversicherung Berechtigten (§ 313) gehören, haben das Recht auf Mitgliedschaft bei der aufnehmenden Kasse, von dem sie nach ihrem Belieben Gebrauch machen können oder nicht. In allen Fällen setzen die übergehenden Mitglieder ihr Versicherungsverhältnis unmittelbar fort. Daher ist

eine Zurückweisung auch nicht bei Erkrankung oder bei Mangel eines Gesundheitszeugnisses bei den Versicherungsberechtigten ausgeschlossen und aus demselben Grunde werden die Wartezeiten (§§ 207, 208) nicht unterbrochen, laufen vielmehr weiter. Erwähnt sei noch, daß die Festsetzung höherer Beiträge für die übergehenden Versicherten unzulässig ist, mögen sie in Wirklichkeit auch ungünstige Risiken bilden.

b) Zu Beamten und Angestellten. § 290. Bei der Zusammenlegung der Kassen bildet die Übernahme der Beamten und Angestellten zunächst einige Schwierigkeiten. Bei der Übernahme können bei Überfluß des Personals selbstverständlich nur die entlassen werden, die mit Kündigungsfrist angestellt sind; den Überzähligen muß aber auch im Interesse der Kasse in diesem Falle gekündigt werden, anderenfalls schreitet das VA ein. Die übernommenen, nicht gekündigten Beamten und Angestellten treten unter die Dienstordnung der aufnehmenden Kasse. Für sie gilt der Grundsatz, daß sie durch die Übernahme nicht schlechter als bei ihrer alten Kasse gestellt werden sollen. Daher sind sie entweder zu denselben Bedingungen unter einer eventuell dahingehenden Ergänzung der Dienstordnung zu übernehmen oder zu gleichwertigen Bedingungen, falls die Dienstordnung der Kasse auch für die neuen Angestellten gelten soll. Bei dem Begriff der Gleichwertigkeit kommt es auf die Gesamtleistungen der alten und neuen Kasse für die Angestellten an, sodaß z. B. geringere Höhe der Dienstalterszulage durch eine höhere Ruhegehaltsversorgung ausgeglichen werden kann. Jedoch sind neben den finanziellen Verhältnissen auch sämtliche andere Bedingungen in Betracht zu ziehen: Die Kündigungsfristen, Entlassungsmöglichkeiten, Urlaubsverhältnisse, Disziplinarstrafen. 2. Daher sind zur Annahme der neuen Stellung die Beamten und Angestellten nur verpflichtet, sofern diese ähnlich ihrer alten ist und ihren Fähigkeiten entspricht. Eine andere Beschäftigung im Kassendienste als ihre bisherige müssen sie sich gefallen lassen, wenn sie nicht in auffälligem Mißverhältnis zu ihren Fähigkeiten steht. So kann der übergehende Rendant beim Fehlen einer zweiten Rendantenstelle zum 1. Buchhalter, der Pförtner zum Krankenkontrolleur, nicht jedoch der Buchhalter zum Kassenboten gemacht werden. Bei Streitig-

keiten über die Einordnung ist die Beschwerde an das OVA gegeben, ohne daß jedoch der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen wäre (§ 358). 3. Endlich ist bestimmt, daß ihr Gesamteinkommen nicht geschmälert werden darf. Bei der Abschätzung des Gesamteinkommens sind nur die finanziellen Verhältnisse, diese aber auch in ihrer ganzen Bedeutung zu berücksichten, wie Höhe des Gehalts, der Zulagen, Ruhegehalt, Hinterbliebenenfürsorge.

c) Zu anderen Vertragskontrahenten. § 291. Die sämtlichen Rechte und Pflichten aus den Verträgen der aufgenommenen Kasse mit Aerzten, Zahnärzten, Apothekenbesitzern und -Verwaltern, Heilanstalten aller Art, Heilgehilfen etc., Lieferanten gehen auf die aufnehmende Kasse über. Eine klare Regelung dieser Fragen wird zunächst von den Kassen bereits vor Antragstellung auf Vereinigung bei dem OVA erwartet und nur im Notfall sollen die gesetzlichen Vorschriften eine Handhabe für die notwendige Lösung dieser Verträge bieten, um bei einem zähen Festhalten an den vertraglichen Bestimmungen nicht die gewünschte Zentralisation scheitern zu lassen. Ist also eine Einigung vor Antragstellung nicht erzielt worden, so hat der Vorstand der aufzunehmenden Kasse den Beschluß des OVA (§ 284 I) den Vertragskontrahenten unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Verzögern (§ 121 BGB) mitzuteilen, aber nur den Kontrahenten, die nach dem Inkrafttreten der RVO mit den Kassen in ein Vertragsverhältnis getreten sind. Die Regelung der vor dem Inkrafttreten der RVO abgeschlossenen Verträge ist durch das EG getroffen. Innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach der Mitteilung hat sich der Gegenkontrahent der aufzunehmenden Kasse gegenüber zu erklären. Will er für sie tätig werden unter den Bedingungen, die er mit der aufgenommenen Kasse vereinbart hatte oder unter denen der Aufnehmenden, so hat die aufnehmende Kasse den dahingehenden Antrag unverzüglich [1]) anzunehmen, widrigenfalls sie sich schadenersatzpflichtig macht. Also besteht auch für die Kasse in jedem Fall ein Ablehnungsrecht, nur daß dieses zugleich die Schadensersatzpflicht begründet. Hat sich innerhalb der 14 Tage der Gegenkontrahent nicht bereit erklärt, indem er schwieg oder einen ablehnenden Bescheid gab, so

1) § 121 BGB.

steht beiden Kontrahenten nach Ablauf der Frist ein gesetzliches dreimonatiges vorzeitiges Kündigungsrecht zu, frühestens zu dem Tage der Aufnahme. Eine Schadensersatzpflicht wird in diesem Falle nicht begründet. Eine erfolgte Kündigung ist aber unwirksam, wofern der Vereinigungsbeschluß des OVA auf Beschwerde (§ 284 II) durch die oberste Verwaltungsbehörde aufgehoben wird, da die stillschweigende Voraussetzung der Kündigung, die endgültige Änderung der Kassenorganisation, nicht vorgelegen hat. Demnach wohnt diesem Beschluß eine konstitutive rückwirkende Kraft in dem Sinne bei, daß die ganze Rechtslage so anzusehen ist, als ob überhaupt keine Kündigung erfolgt sei. Durch dieses gesetzliche dreimonatige Kündigungsrecht werden vertragsmäßige Rechte, zu einem früheren Zeitpunst zu kündigen, nicht berührt, aber nicht etwa verlängert, ebensowenig wie Verträge mit längeren Kündigungsfristen, die aber bereits vor dem Änderungstage ablaufen.

d) Zu den Organen. § 292. Wie bereits erwähnt, hat die aufnehmende Kasse die Angestellten und Beamten ihren Verhältnissen einzuordnen. Zu diesen zählen jedoch nicht die Kassenorgane, Vorstand und Ausschuß, die im Ehrenamt tätigen Personen. Eine Vertretung der Interessen der übergehenden Mitglieder im Vorstand vor allem und auch im Ausschuß ist sehr erwünscht. Hat man sich dahin geeinigt, daß die Kassenorgane der aufzunehmenden Kasse neu gewählt werden sollen, so wird auch eine Minderzahl der übergehenden Kassenmitglieder infolge der Verhältniswahl eine Vertretung im Ausschuß und wahrscheinlich auch im Vorstand finden, sofern ihre Zahl nicht allzu gering ist. Dagegen haben sie gar keinen bestimmenden Einfluß, wenn eine Neuwahl nicht vereinbart ist. Zur Sicherung ihrer Rechte im Vorstand können daher die Vertreter der beteiligten Kassen mit Genehmigung des VA (§ 286 III) oder das VA allein, wenn die Auseinandersetzung gemäß § 287 von ihm selbst bewirkt wird, festsetzen, daß eine aufgenommene Kasse im Vorstand der aufnehmenden durch eine bestimmte Zahl der Versicherten und Arbeitgeber vertreten sein muß und zwar längstens für vier Jahre, weil alle vier Jahre ja Neuwahlen zu den Kassenorganen stattfinden. Je nach dem also die Wahlen kurz oder lange vor der Vereinigung stattgefunden haben,

wird auch die Dauer dieses Sonderrechts lang oder kurz sein. Die Wahl dieser zugebilligten Sondervertreter und ihrer Ersatzmänner erfolgt selbstverständlich durch den Ausschuß der übergehenden Kasse.

4. Regelung der sachlichen Beziehungen. a) Kopfbeträge. § 293. Nicht das gesamte Vermögen der aufgenommenen Kasse geht auf die aufnehmende über, vielmehr wird zunächst durch je eine Bilanz [1]) das Reinvermögen beider Kassen festgestellt. Mag auch die Bilanz zum Änderungstage nur provisorischen Charakter haben, so ist gleichwohl die Vermögensauseinandersetzung (§§ 293 bis 296) prinzipiell zu vereinbaren, bezw. vom VA festzusetzen (§§ 286/287), allerdings unter dem Vorbehalt der später notwendig sich ergebenden Abänderung. Nach Feststellung des Reinvermögens der aufnehmenden Kasse wird der auf ein Mitglied derselben entfallende Betrag berechnet. Derselbe Betrag ist alsdann für jedes übergehende Mitglied an die aufnehmende Kasse seitens der aufgenommenen zu überweisen; er geht also nicht kraft Gesetzes über.

b) Sondervermögen. § 294. Der Rest des Vermögens nach Abzug der Kopfbeträge ist der aufzunehmenden Kasse zu überweisen, aus dem der Ausschuß der aufzunehmenden Kasse ein Sondervermögen für die übergehenden Mitglieder bilden kann, wofern das freie Vermögen groß genug ist. Das Verhältnis der übergehenden Mitgliederzahl zu dem Vermögensbetrag wird bei der Entscheidung über diese Frage für das VA maßgebend sein [2]). Fühlen die Beteiligten sich beeinträchtigt bei der Genehmigung bezw. Festsetzung der Auseinandersetzung (§§ 286/287), so steht ihnen das Beschwerderecht an das OVA zu (§ 297). Der Zweck des Sondervermögens ist gesetzlich bestimmt; es darf lediglich ein Zuschlag zum Sterbegeld den zur Zeit der Vereinigung vorhandenen übergehenden Kassenmitgliedern gewährt werden, aber auch deren

---

1) §§ 39, 40, 261 HGB.

2) z. B. würde der Betrag von 2000 Mark bei 10 übergehenden Mitgliedern völlig genügen, während er bei 1000 Mitgliedern unerheblich erscheinen würde.

Angehörigen[1]), auch wenn die aufnehmende Kasse diese Mehrleistung nicht gewähren sollte. Durch einen Wiedereintritt eines solchen Beschäftigten nach kurzer Unterbrechung der Mitgliedschaft lebt das erloschene Recht nicht wieder auf. Ein solches vorübergehend ausscheidendes Mitglied kann sich aber durch Weiterversicherung (§ 313) vor diesem Verluste schützen. Wie der Zweck des Sondervermögens, so ist auch die Höhe des Zuschlags zum Sterbegeld durch den Betrag des Sterbegeldes nach den § 204, § 205 Z. 3 begrenzt, sodaß das achtzigfache des Grundlohns die Maximalsumme ist. Im übrigen ist die Höhe des Zuschlags von der des allgemeinen Sterbegeldes unabhängig. Das VA wird bei deren Festsetzung die Zahl der übergehenden Mitglieder berücksichtigen, damit nach einer Wahrscheinlichkeitsberechnung ein jeder die gleiche Summe erhält. Die bestimmungsmäßige Verwaltung dieses Sondervermögens liegt dem Vorstand der aufnehmenden Kasse ob. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich aus der Verwaltung nicht; da es sich nur um eine Erhöhung des Sterbegeldes handelt, ist eine gesonderte Buchführung nicht erforderlich, vielmehr nur ein alphabetisches Register, in dem die Berechtigten, die Ausgeschiedenen und Verstorbenen, zu vermerken sind. Bei Ausscheidung des letzten übergegangenen Versicherten fällt der Rest an die Rücklage der Kasse. Was die Kosten der Verwaltung betrifft, so hat die aufnehmende Kasse Anspruch auf eine angemessene Vergütung (etwa 1 % des Kapitals jährlich). Im übrigen werden die Zinsen dem Kapital zugeschlagen. Zur Verhütung von Unbilligkeiten und zur Erleichterung einer Vereinigung, die bisher vielfach wegen der verschiedenen Vermögensmassen gescheitert war, ist eine Sonderbestimmung getroffen. Gewährt nämlich die aufnehmende Kasse erheblich höhere Leistungen, so hat ihr die aufnehmende vor Bildung des Sondervermögens den Betrag zu überweisen, der nach billigem Anschlag den Unterschied ausgleicht. Andernfalls, ohne diese Bestimmung, würden nämlich die Aufgenommenen — gleiche Beiträge vorausgesetzt — bei geringeren Leistungen ihrer alten Kasse den Vorteil eines größeren Reservefonds, damit auch eines höheren Zuschlags haben und gleich-

1) Geht aus § 294 II S. 2, § 205 Z. 3, hervor.

zeitig die höheren Leistungen der aufnehmenden Kasse erhalten. Über den billigen Anschlag entscheidet das VA (§§ 286, 287, 297) [1]).

c) Fehlbetrag. Zuschuß. § 296. Besitzt eine aufzunehmende Kasse nicht die vollen Kopfbeträge (§ 292) oder kein Reinvermögen, so hat sie nur die vorhandenen Bestände zu überweisen. Ist sogar nach der Bilanz ein Fehlebtrag vorhanden, dann ist die Regelung folgende: Während bei einem Fehlbetrag einer aufzunehmenden Betriebs- oder Innungskrankenkasse eine unmittelbare Deckungspflicht des Arbeitgebers bezw. der Innung besteht, ist bei der aufzunehmenden Orts- oder Landkrankenkasse mit einem solchen Fehlbetrag dem zuständigen Gemeindeverband, dem eventuell eine Zuschußpflicht obliegen kann [2]), eine gleiche Verpflichtung nicht auferlegt, weil hier der Garant derselbe bleibt und deshalb eine sofortige Deckung nicht notwendig ist. Die aufnehmende Kasse nimmt vielmehr den Fehlbetrag auf sich und kann zur Abtragung desselben auf ein Jahr die Beiträge für die aufgenommenen Versicherten durch einen besonderen Zuschlag bis zum gesetzlichen Höchstbetrage (6 %, § 389) erhöhen, ohne Rücksich darauf, ob für diese bereits ein höherer Gefahrentarif festgesetzt ist. Die Gesamtbeiträge einschließlich des Zuschlags dürfen aber selbstverständlich die 6 % des Grundlohns nicht überschreiten, um nicht eine zu hohe Belastung herbeizuführen.

5. Beschwerde beim Auseinandersetzungsverfahren. § 297. Den Beteiligten steht gegen die vom VA genehmigte (§ 286) oder bewirkte Auseinandersetzung (§ 287) die Beschwerde an das OVA (Beschlußkammer) zu. Das OVA entscheidet endgültig. Als beteiligt gelten die Kassen, Gemeinden oder Gemeindeverbände, Kassenmitglieder, während die Beamten und Angestellten, Aerzte, Apotheker, Lieferanten etc. den ordentlichen Rechtsweg beschreiten können. Soweit die angefochtene Entscheidung sich auf Ver-

---

1) Zur Klarlegung der Überweisung diene folgendes Beispiel: Gewährt die aufnehmende Kasse den dreißigfachen Grundlohn als Sterbegeld, die aufgenommene den 25fachen, so würde bei 300 übergehenden Mitgliedern 4500 Mark zu zahlen sein, wenn der durchschnittliche Grundlohn 3 Mark betrüge ($300 \times 5 \times 3 = 4500$).

2) §§ 389, 390.

mögensverhältnisse bezieht, kann das OVA ein Gutachten der Rechnungsstelle des RVA einholen.

III. Auseinandersetzung bei Ausscheidung. § 298. Dieselben Vorschriften (§§ 286—297) über die Auseinandersetzung gelten entsprechend bei größeren Ausscheidungen zwischen den beteiligten Kassen, weil auch hier ein derartiges Bedürfnis für ein geregeltes Verfahren besteht. Schwierigkeiten können bezüglich der Beamten, Angestellten, der Verträge, der Vermögensauseinandersetzung entstehen. So wird der ausscheidende Teil, der sich mit einer Krankenkasse vereinigt oder eine neue Kasse bildet, eine entsprechende Zahl der Beamten und Angestellten mit zu übernehmen haben. Wie viele und welche zu übernehmen sind, kann streitig werden, desgleichen bei Verträgen mit Ärzten etc., ob und in welchem Umfang die Verträge abzuändern sind. Über alle Streitigkeiten entscheidet der Beschlußausschuß des VA. — Wo kleinere Ausscheidungen in Betracht kommen, ist eine Auseinandersetzung nicht notwendig im Gegensatz zur Vereinigung, weil ja hier das alte Rechtssubjekt stets bestehen bleibt und somit die Beamten, Angestellten, ihre Stelle behalten, wie auch die anderen Verträge ihre Kraft. Aber auch in diesen Fällen, wo keine Auseinandersetzung stattfindet, gilt stets die Vorschrift über die Kassenzugehörigkeit der übergehenden Mitglieder (§ 289), wie der Satzungsänderung (§ 288 II).

IV. Verfahren bei Auflösung und Schließung. Bei Auflösung und Schließung von Krankenkassen werden ihre Beziehungen zu anderen nach den §§ 300—305 bestimmt. Es handelt sich auch hier um eine Bestandsveränderung, die eine besondere Regelung hinsichtlich der Mitglieder, Angestellten, Vertragskontrahenten, des Vermögens, erheischt, da ja der Versicherungsträger untergeht.

1. Kassenzugehörigkeit. § 300. Bei der Vereinigung der Krankenkassen konnte ein Zweifel über die Kassenzugehörigkeit der übergehenden Mitglieder nicht aufkommen. Daher wurde ihre Mitgliedschaft bei der aufnehmenden Krankenkasse unmittelbar kraft Gesetzes begründet. Bei der aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse dagegen wird die Zuständigkeit der Krankenkassen

für die noch vorhandenen versicherungspflichtigen Mitglieder je nach ihrer Beschäftigung fraglich sein. Daher werden diese Versicherungspflichtigen von dem VA nach dem Anhören des Kassenvorstandes den zuständigen Krankenkassen überwiesen, während die versicherungsberechtigten [1]) Mitglieder das Recht auf Mitgliedschaft bei der entsprechenden Kasse haben. Bisweilen wird auch bei den in Betracht kommenden Krankenkassen eine Änderung in der Organisation, in dem Mitgliederkreis, und damit auch der Satzung erforderlich sein, z. B. bei Schließung einer allgemeinen Orts- oder Landkrankenkasse, bei Auflösung oder Schließung einer besonderen Ortskrankenkasse. Die Wirkung der Überweisung bezw. des Beitritts ist dieselbe wie im Falle des § 289. Das Versicherungsverhältnis wird unmittelbar fortgesetzt. Auf Beschwerde über die Zuweisung entscheidet das OVA (Beschlußkammer) endgültig. Das Beschwerderecht steht dem Vorstand der aufgelösten oder geschlossenen Kasse, der aufnehmenden Kasse und den Mitgliedern zu.

2. Liquidationsverfahren. § 301. Die Geschäfte der aufgelösten oder geschlossenen Kasse wickelt der Vorstand ab, der nach § 23 haftet und auch nach § 31 vom VA zur Erfüllung seiner Pflichten angehalten werden kann. Für die Dauer des Liquidationsverfahrens gilt die Kasse als fortbestehend, so weit es der Zweck der Abwicklung erfordert. Der Vorstand macht die Auflösung oder Schließung öffentlich bekannt unter dem Hinweis, daß die Befriedigung von Gläubigern, die ihre Forderung nicht binnen drei Monaten nach der Bekanntmachung anmelden, verweigert werden kann. Eine besondere Aufforderung zur Anmeldung ist an die bekannten Gläubiger unter demselben Hinweis zu richten. Das Aufgebotsverfahren und die dreimonatige Ausschlußfrist gilt nicht für die Ansprüche aus der Versicherung. Die schwebenden Versicherungsleistungen werden regelmäßig von der aufnehmenden Kasse weiter gewährt (§§ 300, 212), soweit nicht arbeitsunfähige Erkrankte oder die wegen Erwerbslosigkeit Ausgeschiedenen in Be-

---

1) Zu denen auch die zur Weiterversicherung Berechtigten nach § 313 gehören.

tracht kommen. Diese bleiben Mitglieder ihrer alten Kasse (§§ 311, 214), können aber nicht übernommen werden, da sie weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt sind. In diesen Fällen sind aus dem Vermögen der untergehenden Kassen die Leistungen zu gewähren, die aber praktischer Weise durch die neue Kasse gegen eine Ersatzleistung gewährt werden.

3. Kontrahenten. § 302. Die Verträge mit den Angestellten, Ärzten, Zahnärzten, Apothekenbesitzern und Verwaltern, Heilanstalten aller Art, Heilgehilfen, Lieferanten, erlöschen unter einer vierfachen Voraussetzung: 1. Das OVA muß die Auflösung oder Schließung beschlossen haben (§ 284 I). 2. Der Vorstand muß diesen Beschluß mit dem Tag der Änderung den Kontrahenten unverzüglich mitgeteilt haben. 3. Müssen zwischen der Mitteilung und dem Änderungstag mindestens drei Monate liegen. 4. Muß auf das Erlöschen hingewiesen werden. Der früheste Endigungstermin ist der Tag der Auflösung oder Schließung. Da zwischen diesem und dem Beschluß des OVA mindestens vier Monate liegen müssen, so werden regelmäßig mit dem Auflösungs- bezw. Schließungstag auch die Versicherungsträger endigen. Ist jedoch bei Schließung von Krankenkassen diese viermonatige Frist in dringenden Fällen (§ 284 I) gekürzt, so wird den noch über den Schließungstag hinausreichenden Verpflichtungen aus dem Kassenvermögen genügt werden müssen. Vertragsmäßige Rechte zu einem früheren Zeitpunkte zu kündigen, bleiben selbstverständlich bestehen.

4. Restbetrag. § 303. Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch ein Vermögensbetrag, so weist ihn das VA denjenigen Krankenkassen zu, denen überwiesene Mitglieder angehören, und zwar unter Verteilung des Vermögens je nach der Mitgliederzahl unter die einzelnen Kassen. Es wird also kein Sondervermögen gebildet [1]) und darf das Vermögen auch nicht zu irgend einem anderen Zwecke verwandt werden. Bei Streit über die Zuweisung entscheidet das OVA (Beschlußkammer) endgültig auf Beschwerde, die dem Vorstand der untergehenden Kasse wie den Vorständen der Krankenkasse mit überwiegenden Mitgliedern zusteht.

1) § 294.

5. Fehlbetrag. § 305. Sind Ansprüche gegen eine geschlossene oder aufgelöste Orts- oder Landkrankenkasse unbefriedigt geblieben, so wird nach § 61 der KO verfahren. Nur die Befriedigung ihrer Beamten — nicht der Angestellten — hat eine abweichende Regelung erfahren. Für einen Fehlbetrag hat in diesem Falle der zuständige Gemeindeverband einzutreten. Jedoch muß der Beamte eine ihm vom Verband angebotene Stellung annehmen, die gleiche oder gleichwertige Bedingungen bieten muß.

Vierter Abschnitt.

Verfassung.

Mitgliedschaft. Den Gründzügen der äußeren Organisation folgt die innere, die Verfassung mit ihren Bestimmungen über Mitgliedschaft, Satzung, Kassenorgane, Beamte und Angestellte, Finanzen, Verhältnis zu Ärzten, Krankenhäusern.

Was den Beginn der Mitgliedschaft betrifft, so sind wesentliche Neuerungen für den Fall einer Kassenkonkurrenz bei Bestehen verschiedener versicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse (§ 309), wie über eine formelle Mitgliedschaft der Versicherungspflichtigen bei Kassenirrtum getroffen (§§ 315, 316). Für die Versicherungsberechtigten kann jetzt im Unterschied vom KrVG ein ärztliches Gesundheitszeugnis als Voraussetzung für die Mitgliedschaft gefordert werden (§ 310 II).

I. Beginn und Dauer. 1. Für die Versicherungspflichtigen. a) bei der richtigen Kasse. § 306. Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger beginnt mit dem Tage des Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung. Negativ ausgedrückt: Die

Mitgliedschaft tritt ein, ohne, ja wider den Willen der Versicherungspflichtigen, ohne Anmeldung, ohne Beitragsleistung, schlechthin kraft Gesetzes mit Ausnahme bei den unständig Beschäftigten und den hausgewerblich Versicherungspflichtigen (§§ 442 III, 468), bei denen die Eintragung in das Mitgliederverzeichnis den die Mitgliedschaft begründenden Rechtsakt bildet. Nach dem Wortlaut des Gesetzes besteht jetzt ein unbedingter Kassenzwang. Eine Befreiung von diesem, wie nach dem KrVG im Falle der Zugehörigkeit zu einer eingeschriebenen Hilfskasse (§ 75 KrVG) ist ausgeschlossen, allerdings ist wohl ein Ruhen der Rechte und Pflichten bei den Krankenkassen (§ 225) möglich (§ 517). Ein Wechsel der Mitgliedschaft kann eintreten wider den Willen der Versicherungspflichtigen durch Errichtung einer Spezialkasse oder Zuweisung bei Auflösung, Schließung, Übergang bei Vereinigung oder mit seinem Willen durch Wechsel des Beschäftigungsorts, unter Umständen auch der Beschäftigungsart.

b) Bei der falschen Kasse. § 315. Bisher erwuchsen oft Schwierigkeiten für Versicherte, falls bei Geltendmachung von Unterstützungsansprüchen ihre Kassenzugehörigkeit bestritten wurde, Beiträge aber bereits für eine Zeit lang geleistet waren. Diese Unklarheiten sind jetzt beseitigt. Hat nämlich eine Kasse für einen Versicherungspflichtigen nach vorschriftsmäßiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen, so hat sie ihn als Mitglied mindestens bis zu dem Tage anzuerkennen, wo der Kassenvorstand ihn oder seinen Arbeitgeber schriftlich an eine andere Kasse verweist. Voraussetzung für diese Anerkennung ist aber stets, daß das Beschäftigungsverhältnis, das zur Zeit der Anmeldung bestanden hat, dasselbe geblieben ist. Für diese Zeit bis zur Feststellung der Kassenzugehörigkeit liegen ihr also die tatsächlichen Versicherungsleistungen ob, während rechtlich die zuständige Krankenkasse hierzu verpflichtet ist. Ein Ersatzanspruch gegen letztere ist hier aber nicht gegeben, da sie ja in den dreimonatigen Beitragszahlungen ein Äquivalent für ihre Leistungen erhalten hat. Andererseits kann der Versicherte auch nicht höhere Leistungen verlangen, falls die zuständige Krankenkasse höhere Leistungen gewähren sollte. Während in diesem Falle die Versicherungspflicht zwar besteht, nur ein Irrtum über

die Kassenzugehörigkeit unterlaufen ist, wird der Mangel der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung bei dreimonatiger Zahlung ebenfalls berücksichtigt (§ 213).

Zuständigkeitsstreit. § 316. Ein weiterer Schutz muß dem Versicherten auch für die Zeit zwischen der Verweisung (§ 315) und der Rechtskraft der Entscheidung für den Fall eines Streites [1]) über die Zugehörigkeit bei der neuen Krankenkasse gewährt werden. Für diese Zwischenzeit hat die alte Kasse vorläufig weiter die Beiträge anzunehmen und die Leistungen zu gewähren, und zwar ihrer Satzung gemäß. Ist die Mitgliedschaft bei der neuen Kasse rechtskräftig festgestellt, so ist diese mit dem Augenblick der Verweisung begründet. Infolgedessen sind die Leistungen und Beiträge der neuen Krankenkasse für die Versicherten maßgebend. Die weitere Folge ist, daß je nach den niederen oder höheren Beiträgen und Leistungen der neuen Kasse eine Abrechnung mit den Versicherten stattzufinden hat. Zu diesem Zweck hat die alte Kasse der neuen die in der Zwischenzeit empfangenen Beiträge auszuliefern und andererseits kann sie Ersatz ihrer in der Zwischenzeit gemachten Leistungen verlangen. Alsdann setzt die Kasse sich mit den Versicherten auf Grund ihrer Satzung auseinander.

c) Bei Kassenkonkurrenz. § 309. Steht einer gleichzeitig in verschiedenen versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen [2]), so entscheidet für die sachliche und örtliche Zuständigkeit der Krankenkassen die überwiegende Beschäftigung, im Zweifel das Arbeitsverhältnis, in das der Versicherte zuerst eingetreten ist. Der Bundesrat kann hierüber Näheres bestimmen. Für die Anwendung dieser Vorschrift ist es gleichgültig, ob der Versicherte gleichzeitig bei mehreren Arbeitgebern oder bei einem Arbeitgeber, aber in verschiedenen Betrieben oder Beschäftigungsorten in einem Arbeitsverhältnis steht.

2. Für die Versicherungsberechtigten. a) Nach §§ 176 177. Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tage ihres Beitritts zu der Kasse. Ob dieser Beitritt sich rechtlich

1) § 405 II.

2) Bezüglich Dienstboten vgl. § 439.

als Vertrag[1]) oder einseitige Erklärung[2]) charakterisiert, ist bestritten. Eine Annahme der Beitrittserklärung ist jedenfalls nicht erforderlich. Denn der Beitritt geschieht durch schriftliche oder mündliche Anmeldung bei dem Vorstand oder bei der Meldestelle, ohne daß beim Vorliegen der gesetzlichen resp. statutarischen Voraussetzungen ein Zurückweisungsrecht bestünde (§ 310). In dem Prüfungsrecht, der Zurückweisung Nichtberechtigter, der Aufnahme der Berechtigten eine Annahmeerklärung zu sehen, will mir gekünstelt erscheinen, besonders wo das dem Privatrecht eigentümliche Prinzip der Willensfreiheit hier ausgeschlossen ist. Die gesetzlichen resp. statutarischen Voraussetzungen sind ähnlich wie im Privatrecht die Geschäftsfähigkeit, Eigenschaften der Person, welche die unerläßliche Bedingung für die Rechtswirksamkeit einer Willenserklärung sind. Die Willenserklärung ist bei Vorliegen dieser Eigenschaften sofort wirksam, ja sogar, wie die Begründung sagt, in den Fällen, wo ein Zurückweisungsrecht[3]) besteht. Bei erfolgter Zurückweisung werden dann die in der Zwischenzeit begründeten Rechte und Pflichten mit rückwirkender Kraft wieder aufgehoben.

Erkrankung. § 310 II. Besteht zur Zeit des Beitritts bereits eine Erkrankung, nicht allein Krankheitsursache, so ist für diese Krankheit kein Anspruch auf die Kassenleistungen begründet. Während diese Bestimmung auch bereits in §§ 4 III, 19 KrVG enthalten war, ist als Folge des § 176 III die Vorschrift neu, daß ein ärztliches Gesundheitszeugnis der Anmeldung beigefügt sein muß, falls von einem solchen das Recht zum Beitritt durch die Satzung abhängig gemacht wird. Ferner steht der Kasse nach wie vor das Recht zu, Versicherungsberechtigte, die sich zum Beitritt melden, ärztlich untersuchen zu lassen. Sie kann binnen einem Monat den Beitritt Erkrankter und solcher Personen, für die das erforderliche Gesundheitszeugnis nicht genügt, mit Rückwirkung von der Meldung an zurückweisen (§ 310 III).

b) Nach § 313 (Weiterversicherung). Über freiwillige Weiterversicherung vgl. S. 25 dieser Arbeit.

1) Bornhak, S. 92.
2) Stier-Somlo, S. 170; Hahn, S. 17.
3) § 310 II, III.

II. Erlöschen der Mitgliedschaft. Wie der Beginn, so ist auch das Ende der Mitgliedschaft für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, von zwei Ausnahmen abgesehen, verschieden. Es seien zunächst die Verschiedenheiten für die Aufhebung der Mitgliedschaft klargelegt.

1. Bei Versicherungspflichtigen. Die Zwangsmitgliedschaft Versicherungspflichtiger endigte bisher durch Lösung des Beschäftigungsverhältnisses oder durch Kündigung, falls die Begründung der Mitgliedschaft bei einer freien Hilfskasse nachgewiesen wurde (§ 75 KrVG). Im Gegensatz zum früheren Recht ist jetzt eine Befreiung von der Pflicht, einer Zwangskasse anzugehören, nicht mehr möglich bei gleichzeitiger Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse[1]). Dagegen ist ein Ruhen der Rechte und Pflichten auf Antrag der Versicherten bei der Zwangskasse zulässig[2]), ohne daß das Fortbestehen des Versicherungsverhältnisses selbst bei der Zwangskasse berührt wird. Daher ist jetzt die Aufhebung der Zwangsmitgliedschaft kraft Gesetzes nur durch einen Austritt aus der die Mitgliedschaft begründenden Beschäftigung möglich, wenn dies gesetzlich auch nicht hervorgehoben ist.

2. Bei Versicherungsberechtigten. Da die Versicherungsberechtigten freiwillig der Kasse beitreten bezw. sich weiterversichern, so sind auch die Erlöschungsgründe verschiedenartiger als bei den Versicherungspflichtigen. Nach dem KrVG war als gesetzlicher Grund nur der Zahlungsverzug an zwei aufeinanderfolgenden Zahltagen (§ 4 KrVG) hervorgehoben und für die Weiterversicherten der Aufenthalt im Ausland (§ 27 KrVG). Ob auch in den Fällen, da die Versicherungsberechtigung als solche erlischt, wie z. B. bei Wegfall einer der gesetzlichen Voraussetzungen, mit ihr die Mitgliedschaft ohne weiteres aufgehoben wird, war im KrVG nicht geregelt. Auch jetzt beschränkt sich das Gesetz lediglich auf die Hervorhebung der beiden genannten gesetzlichen Erlöschungsgründe und fügt noch einen nicht gesetzlichen Erlöschungsgrund

---

1) Ersatzkassen sind die zugelassenen freien eingeschriebenen Hilfskassen (vgl. § 503).

2) § 517.

hinzu (§ 315 II). Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter, auch der zur Weiterversicherung Berechtigten, erlischt a) wenn der Versicherungsberechtigte zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichtet und seit dem ersten dieser versäumten Zahltage mindestens vier Wochen vergangen sind, während bisher die zweimal aufeinanderfolgende Nichtentrichtung der Beiträge genügte (§ 314). Besteht daher z. B. alle zwei Wochen ein Zahltag und ist einmal keine Zahlung geleistet, so erlischt die Mitgliedschaft nicht mit dem Ablauf der nächsten zwei, sondern der nächsten vier Wochen nach dem versäumten Zahltage bei abermaligem Verzug. Ist andererseits der Zeitraum zwischen den beiden Zahltagen größer als vier Wochen [1]), so ist der Ablauf des zweiten Zahltages der entscheidende Augenblick. Die Satzung kann diese vierwöchige Frist bis zum nächstfolgenden Zahltag, d. h. also den dritten verlängern; es müssen daher zwischen dem ersten und dritten Zahltage mehr als vier Wochen liegen, anderenfalls würde es keine Verlängerung, sondern eine unerlaubte Verkürzung der vierwöchigen Frist sein. b) Mit der Zustellung der Mitteilung an den Versicherungsberechtigten durch den Kassenvorstand, daß die Mitgliedschaft erloschen sei, wofern der Kassenvorstand glaubhaft erfahren hat, daß das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000 Mark übersteigt. Diese Bestimmung ist die Fortbildung des § 178. Diese Bestimmung gilt auch für die Mitgliedschaft der Weiterversicherten (§ 313). Bestreitet das Mitglied sein Einkommen in Höhe von über 4000 Mark, so entscheidet das VA (Beschlußausschuß). Dem Mitglied liegt die Beweislast ob, daß sein Einkommen nicht 4000 Mark übersteigt (§ 314 II). Auf Beschwerde entscheidet das OVA endgültig (§ 405 II).

Aus der Bestimmung, daß die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter mit der Zustellung der Mitteilung erlischt, geht hervor, daß bei Wegfall dieser gesetzlichen Voraussetzung, des Jahreseinkommens von nicht über 4000 Mark, trotz Erlöschen der Versicherungsberechtigung die Mitgliedschaft nicht ohne weiteres, vielmehr erst durch Kündigung erlischt. Ein gleiches wird daher in

---

1) Nach § 393 I können die Zahltage höchstens einen Monat auseinanderliegen.

den Fällen anzunehmen sein, wenn irgend einer der anderen der subjektiven Voraussetzungen für die Versicherungsberechtigung weggefallen ist.

2. Die Mitgliedschaft der Weiterversicherten erlischt bei Aufenthalt im Ausland (§ 313).

3. Bei Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten. Wie bereits angedeutet wurde, sind in zwei Fällen das Ende bezw. die Fortdauer der Mitgliedschaft für Versicherungspflichtige und für Versicherungsberechtigte gleichbehandelt. a) Bei der Doppelversicherung (§ 312). Doppelversicherung, d. h. die gleichzeitige Versicherung bei mehreren Versicherungseinrichtungen ist möglich, aber nur beschränkt. Es gilt der Grundsatz, daß die Mitgliedschaft bei mehreren gesetzlichen Krankenkassen oder bei einer von diesen und einer knappschaftlichen Krankenkasse unzulässig ist. Mit dem Augenblick der Begründung der neuen Mitgliedschaft (§§ 306, 310) erlischt die alte. Die Begründung der neuen Mitgliedschaft erfolgt mit Übernahme der neuen Beschäftigungsart bezw. bei Wechsel des Beschäftigungsortes, mit Ausnahme der Übernahme einer unständigen oder hausgewerblichen Beschäftigung, wo die Eintragung in das Mitgliederverzeichnis erst die alte Mitgliedschaft aufhebt (§§ 442 II, IV, 468). Die einzige Möglichkeit einer Doppelversicherung besteht bei Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse und einer Ersatzkasse. b) Bei Arbeitsunfähigkeit (§ 311). Arbeitsunfähige bleiben Mitglieder ihrer Kasse, solange sie ihnen Leistungen zu gewähren hat, und zwar auch dann, wenn das Beschäftigungsverhältnis gelöst ist. Sie bleiben also kraft Gesetzes für diese Zeit Mitglieder ihrer Kasse und haben also solche sämtliche Rechte und Pflichten; nur besteht keine Verpflichtung zur Beitragszahlung (§ 383). In diesem Fall ist der Grundsatz, daß das Beschäftigtwerden Voraussetzung für die Dauer der Mitgliedschaft ist, für die Versicherungspflichtigen durchbrochen und für die Versicherungsberechtigten — deren Mitgliedschaftsverhältnis regelmäßig nicht, wie bei den Versicherungspflichtigen ohne weiteres bei Lösung des Beschäftigungsverhältnisses erlischt, — eine Ausnahme geschaffen von der Vorschrift, daß bei Zahlungsverzug die Mitgliedschaft kraft Gesetzes beendigt wird (§ 314). Selbstverständlich aber erlischt die Mitgliedschaft

für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, falls nach Beendigung der Kassenleistungen nicht die entsprechenden notwendigen Voraussetzungen erfüllt werden. Hervorgehoben sei, daß der Übertritt zu einer anderen Kasse in Frage kommen kann unter der Voraussetzung der Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses bei Vereinigung, Auflösung, Schließung von Krankenkassen, bei Neugründung bezw. Ausscheidung von Betriebs- und Innungskrankenkassen. Die neue Kasse übernimmt hier die weitere Krankenhilfe nach § 212.

Meldungen. Da die neue Mitgliedschaft der Versicherungspflichtigen ohne weiteres mit dem Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung beginnt, so ist zur Feststellung des Kreises der Versicherungspflichtigen, und damit auch der beitragspflichtigen Arbeitgeber, zur Berechnung der Beiträge, zum Schutz der Kassen vor Schädigungen das Meldewesen zur Kontrolle eingeführt. Eine konstitutive Bedeutung für die Begründung der Mitgliedschaft ist ihm nicht beizumessen [1]). Eine Anzeige der Versicherungsberechtigten ist wegen der zur Begründung ihrer Kassenzugehörigkeit unbedingt erforderlichen Beitrittserklärung überflüssig. Im wesentlichen sind die Vorschriften des § 49 KrVG übernommen. Die Meldepflicht liegt den Arbeitgebern für jeden von ihnen Beschäftigten ob, der orts- oder landkassenpflichtig ist (§ 317). Zuständig ist die durch die Satzung oder nach § 319 bestimmte gemeinsame Meldestelle. Der Inhalt der Meldepflicht erstreckt sich auf die Anzeige 1. des Beginns oder des Endes der Beschäftigung, 2. der Änderung des Beschäftigungsverhältnisses, durch die die Versicherungspflicht berührt wird, 3. der durch die Berechnung der satzungsmäßigen Beiträge erforderlichen Angaben über Lohnverhältnisse einschließlich deren Änderungen. Ändert sich der Lohn, so ändert sich die Lohnstufe, wenn nicht die Satzung anders bestimmt, erst mit der nächsten Beitragszahlung, d. h. der Beitragszahlungsperiode (§ 318). Über die Form der Meldung besteht keine Vorschrift; sie kann daher mündlich wie schriftlich erfolgen. Die Meldefrist beträgt drei Tage. Die Verletzung der Meldepflicht ist strafbar (§ 530, 531). Ausnahmsweise kan neuerdings die Mel-

1) Über Wirkung der Meldungen vgl. §§ 397, 530, 531.

dung unterbleiben, wenn die Arbeit für kürzere Zeit als eine Woche unterbrochen wird, und die Beiträge fortgezahlt werden (§ 327 II). Der Grund ist ersichtlich: keine unnötige Belästigung der Arbeitgeber, wo eine Schädigung der Krankenkassen ausgeschlossen ist. Die Meldefrist kann die Satzung über den dritten Tag hinaus bis zum letzten Werktag der Woche erstrecken. Abweichungen von den Meldungen kann die Kasse mit Verwaltungen von Reichs- und Staatsbetrieben vereinbaren. Die oberste Verwaltungsbehörde kann über Form und Inhalt der Meldungen Vorschriften erlassen mit dem Endzweck einer einheitlichen Regelung des Meldewesens.

Meldestellen. (§ 319.) Das VA kann in seinem Bezir kentweder für den ganzen oder für Teile desselben, für alle oder mehrere Orts-, Land- und Innungskrankenkassen ebenso wie für die einzelnen Arten, nicht dagegen für einzelne Kasse gemeinsame Meldestellen errachten oder deren Geschäfte mit Genehmigung der Gemeindeaufsichtsbehörde den Orts chörden übertragen. Die Kosten werden auf die beteiligten Kassen nach Verhältnis des Iahreseingangs an Beiträgen umgelegt, was sich bei Einrichtung der Meldestellen zu Zahlstellen empfehlen wird. Das OVA kann einen anderen Maßstab bestimmen, z. B. nach der Zahl der eingehenden Meldungen.

Satzung. Die Satzung ist die notwendige Grundlage für die innere Verwaltung, die gesetzliche Voraussetzung für das Existentwerden jeder Krankenkasse. Daher muß für jede Krankenkasse, bevor sie ins Leben tritt, eine Satzung errichtet werden (§ 320 I). Die Errichtung erfolgt nicht wie bisher durch die Gemeindebehörde, vielmehr durch den Gemeindeverband. Neben dieser Änderung ist der obligatorische Inhalt der Satzung um folgende Erfordernisse erweitert worden: 1. des Namens und Sitzes der Kasse, 2. der Höhe der Vergütung, 3. der Art der Bekanntmachung, 4. der Aufstellung des Voranschlags (§ 321 I). Im übrigen ist es bei dem bisherigen Recht geblieben.

Die Errichtung der Satzung zerfällt in zwei Abschnitte: ihre Abfassung und ihre Genehmigung, durch welche die Satzung, und damit auch die Krankenkasse erst rechtliche Wirksamkeit erhält.

A. Abfassung: Da die Errichtung der Orts- und Landkrankenkasse durch den Gemeindeverband erfolgt, so liegt ihm logischer-

weise auch die Errichtung der Satzung ob. Er faßt sie nach Anhören beteiligter Arbeitgeber und Versicherter ab. Ihre Zuziehung ist nicht obligatorisch, doch sollen sie gehört werden. Wird eine Kasse nicht in der endgültigen vom OVA angeordneten Frist errichtet (§ 233 II), so errichtet für sie das VA die Satzung (§ 320 III). Das OVA vollzieht seine Anordnung selbst nicht, weil ihm ja die Genehmigung obliegt. Die Abfassung erstreckt sich auf Feststellung des Inhalts, bei dem notwendige, zulässige und verbotene Bestandteile zu unterscheiden sind.

Obligatorischer Inhalt. § 321. Den Bezirk der Kasse sowie den Kreis ihrer Mitglieder [1]) muß die Satzung angeben. Ihre Festlegung ist nicht dem Ermessen des Gemeindeverbandes anheimgegeben. Dagegen hat sie, die Satzung, frei zu bestimmen über 1. Namen und Sitz der Kasse, 2. Art und Umfang der Leistungen, 3. Höhe der Beiträge und Zahlungszeit, 4. Zusammensetzung der Rechte und Pflichten des Vorstandes, 5. Zusammensetzung und Berufung des Ausschusses und Art seiner Beschlußfassung, sowie seine Vertretung nach außen im Fall des § 346 I, 6. Aufstellen des Voranschlags; dieser kann sich nur auf die in das freie Belieben der Kasse gestellten Ausgaben, naturgemäß nicht die gesetzlich oder satzungsmäßig festgelegten Leistungen beziehen, 7. Aufstellung und Abnahme der Jahresrechnung, 8. Höhe der Vergütungen nach § 21 II, III für sämtliche Ehrenbeamte, also auch für die Kassenausschußmitglieder, während bisher nur Vorstandsmitglieder eine solche erhielten (§ 34 a KrVG), 9. Art der Bekanntmachungen; die einzelnen Blätter sind nicht anzugeben, wohl aber von wem und in welcher Weise die Art der Bekanntmachung zu erfolgen hat, 10. Änderung der Satzung, 11. die Stellen für die Meldungen bezeichnen (§ 322).

Fakultativer Inhalt. Der fakultative Inhalt kann sich auf Erhöhung der Leistungen (Karenzfrist etc.) erstrecken, aber nicht bestimmen, was gesetzlich den Vorschriften zuwiderläuft oder nicht im Zwecke der Kasse liegt (§ 323). Die Begrenzung ergibt sich aus dem Lebenszweck der Krankenkasse. Daher kann z. B. die

1) d. i. der Versicherungspflichtigen, nach dem sich auch der Kreis der Versicherungsberechtigten bestimmt (§§ 234—237, § 243).

Kasse keine anderen als die zulässigen Mehrleistungen gewähren (§ 179) oder den Mitgliedern die Teilnahme an dem Begräbnis von Kassenmitgliedern vorschreiben. Innerhalb der Grenzen der zwingenden gesetzlichen Vorschriften und dem den Krankenkassen entsprechenden Lebenszweck ist ein freiwilliger Inhalt der Satzung erlaubt. Bei einem unzulässigen Inhalt ist die Genehmigung zu versagen (§ 324).

B. Genehmigung. § 324. Die Satzung bedarf der Genehmigung des OVA, das zugleich bestimmt, wann die Kasse ins Leben tritt, sie also rechtlich existent werden soll. Die Genehmigung ist ein technischer Begriff und steht im Gegensatz zur Zustimmung (vgl. III § 24). Die Genehmigung erstreckt sich auf die Satzung als Ganzes, die Zustimmung auf einzelne Bestimmungen der Satzung. Die Genehmigung steht nicht in dem Ermessen des OVA; sie muß in einem Fall, und zwar durch die Beschlußkammer versagt werden, wenn die Satzung den gesetzlichen Vorschriften (§§ 321—323) nicht genügt. Eine Nicht genehmigung wegen freiwilligen Satzungsinhaltes ist daher prinzipiell unzulässig mit einer Ausnahme. Wenn bei Einzelbestimmungen der Satzung, für die gesetzlich die Zustimmung des OVA gefordert ist, diese fehlt, so ist den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt, und kann die Genehmigung nicht erteilt werden. Die in diesen Fällen erforderliche Zustimmung ist im Gegensatz zu der Genehmigung in das freie pflichtmäßige Ermessen des OVA gestellt. Sie kann ebenso wie die Genehmigung nur durch die Beschlußkammer versagt werden, während in beiden Fällen die Erteilung der Genehmigung bezw. der Zustimmung durch das OVA ohne Beisitzer geschieht. Die Erteilung der Zustimmung kann selbstverständlich gleichzeitig mit der Satzungsgenehmigung erfolgen. Die Entscheidung über die Zustimmung ist endgültig, während bei Versagen der Genehmigung die Beschwerde an das RVA bezw. LVA gegeben ist (§ 1793). Stets sind die Gründe der Versagung mitzuteilen.

C. Änderung. § 326. Während die Errichtung der Satzung durch den zuständigen Gemeindeverband erfolgt, da die Krankenkasse zur Zeit noch keine Rechtspersönlichkeit erlangt hat, erfolgt ihre Änderung durch den Ausschuß. Diese bedarf ebenfalls der Genehmigung des OVA (§ 324 I). Die Änderung geschieht regel-

mäßig freiwillig, von zwei Ausnahmen abgesehen; das OVA (Beschlußkammer) vollzieht die Änderung rechtsverbindlich: 1. wenn sich nachträglich ergibt, daß eine Satzung nach § 324 II nicht hätte genehmigt werden dürfen, das OVA (Beschlußkammer) die erforderliche Änderung angeordnet hat, oder 2. wenn endgültig angeordnete Änderungen der Satzung in Frage stehen, die durch Vorschriften dieses Gesetzes unabhängig von dem Willen der Kassenorgane erforderlich werden, und wenn in beiden Fällen (1, 2) der Ausschuß nicht binnen einem Monat die endgültig angeordnete Änderung beschließt. Die Beschwerde an das RVA bezw. LVA ist gemäß § 1793 gegeben.

Kassenorgane. Zur Erfüllung des Lebenszwecks der Versiche- Abdruck der Satzung und ihrer Änderung, ebenso auf Antrag jetzt auch der Arbeitgeber, der Kassenmitglieder beschäftigt.

Kassenorgane. Zur Erfüllung des Lebenszwecks der Versicherungsträger war ihnen nach dem KrVG das Selbstverwaltungsrecht gegeben derart, daß ihren Organen, dem Vorstand und der Generalversammlung, die Entscheidung in Fragen der Zweckmäßigkeit nach ihrenm freien Ermessen überlassen war. Die Grenzen fand das Selbstverwaltungsrecht in dem staatlichen Aufsichtsrecht, das auf die Beobachtung von Gesetz und Satzung beschränkt war. In dieser Grundidee sind keine Veränderungen eingetreten, aber gewisse Auswüchse der Selbstverwaltung beschnitten worden. Bei der Selbstverwaltung hatten die Versicherten bei einfacher Stimmenmehrheit von vornherein mit ⅔ aller Stimmen das Übergewicht, sodaß in allen wichtigeren Fragen den Arbeitgebern kein bestimmender Einfluß zukam. Die unmittelbare Folge war, daß die Arbeitgeber sich von der Verwaltung zurückzogen. Neben diesem Übelstand kam noch ein größerer hinzu, die Ausbeutung der Übermacht zu politischen Parteizwecken seitens der Versicherten. Um diese Mißstände zu beseitigen, wollte man nicht die Aufsichtsbefugnisse der Behörden wegen der damit verbundenen Einschränkung der Selbstverwaltung erweitern. Daher blieb nur der andere Weg, durch die Verfassung selbst die nötigen Sicherungsmaßregeln zu schaffen. Infolgedessen wurde für die Wahlen zu den Kassenorganen die Verhältniswahl eingeführt, sodaß auch Minderheitsgruppen gegenüber den herrschenden Parteiströmungen ihre

Vertretung finden. Weiter wurde die Wahl eines unparteiischen Vorsitzunden im Vorstand, dem namentlich eine vermittelnde Rolle bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den Gruppen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zufällt, durch übereinstimmenden Mehrheitsbeschluß dieser beiden Gruppen im Vorstand gesichert. Endlich suchte man den Arbeitgebern ein gleiches Stimmrecht wie den Versicherten zu verschaffen, indem man ihnen die Hälfte aller Stimmen unter gleichzeitiger Verpflichtung zur Tragung der Hälfte der Beiträge geben wollte. Dieser letztere Gedanke wurde aber durchgehend in den Kommissionen abgelehnt. Ein größerer Einfluß, ja entscheidendes Mitbestimmungsrecht ist bei dem Stimmenverhältnis von ⅓ zu ⅔ den Arbeitgebern aber dadurch eingeräumt, daß nicht wie bisher die einfache Mehrheit entscheidet, vielmehr der übereinstimmende Beschluß der beiden Mehrheiten, der Arbeitgeber- und Versicherten-Vertreter, in wichtigen Fällen vorliegen muß: 1. bei der Wahl des Vorstandvorsitzenden (§ 328 II), 2. bei Satzungsänderung, Auflösung und Vereinigung von Kassen (§ 345 II), 3. Anstellung der der Dienstordnung unterstehenden Beamten (§ 349 I), 4. bei deren Kündigung und Entlassung (§ 354 II), 5. bei Aufstellung der Dienstordnung (§ 355 II), 6. bei Verwendung von Kassenmitteln für allgemeine Kassenvereinigungen (§ 414). In diesen Fällen muß notwendig die Versicherungsbehörde eingreifen, wofern keine Einigung erzielt wird, damit die Verwaltung in jeder Beziehung weitergeführt werden kann.

A. Zusammensetzung. I. Aktives Wahlrecht. Die Kassenorgane, Vorstand und Ausschuß, besorgen die Geschäfte der Kasse. Ihr beiderseitiger Aufgabenkreis ist gesetzlich begrenzt (§§ 342, 345 bis 348). Die gegenseitige Stellung fordert den Grundsatz der Inkomptabilität. Die Mitglieder des Ausschusses dürfen nicht dem Vorstande angehören; erfolgt trotzdem eine solche Wahl, so scheidet das Vorstandsmitglied aus dem Ausschuß aus, während umgekehrt die Wahl eines Vorstandsmitglieds zum Ausschuß ungültig ist (§ 327).

A. Zum Ausschuß. Während bisher nach ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift die Generalversammlung bei 500 Kassenmitgliedern aus Vertretern bestehen mußte, bei einer geringeren Anzahl das Statut über die Zusammensetzung bestimmen konnte,

ist die Generalversammlung jetzt stets eine Vertreterversammlung (Ausschuß) mit Rücksicht darauf, daß die stärkere Zentralisation die Leitung in zu großen Versammlungen zu schwierig gestaltet. Der Ausschuß besteht zu ⅓ aus Vertretern der beteiligten Arbeitgebern und zu ⅔ aus Vertretern der Versicherten und zählt höchstens 90 Personen [1]) (§ 332 I). Der Unterschied in der Zusammensetzung gegenüber § 38 II KrVG besteht darein, daß nach dem KrVG die Stimmenzahl der Arbeitgeber von dem Verhältnisse ihrer Beitragssumme zu der Gesamtsumme abhing und höchstens ⅓ betragen durfte, während die Arbeitgeber jetzt ohne Rücksicht auf die Höhe ihrer Beitragsleistungen stets zu einem Drittel vertreten sind. Beteiligter Arbeitgeber ist, wer für seine versicherungspflichtigen Beschäftigten Beiträge an die Kasse zu zahlen hat, also auch die Arbeitgeber und Versicherungspflichtigen, die einer Ersatzkasse angehören (§ 517 II), während die Arbeitgeber unständig Beschäftigter als solche (§ 457) ausgeschlossen sind. Die versicherten Arbeitgeber, die bisher als Arbeitgeber und als Kassenmitglieder stimmberechtigt waren, stimmen jetzt nur noch als Arbeitgeber oder Versicherte ab. Beschäftigen sie regelmäßig mehr als zwei Versicherungspflichtige, so sind sie den Arbeitgebern zuzurechnen (§ 14 II), anderenfalls den Versicherten.

Aktiv wahlberechtigt für die Vertreterwahl sind die beteiligten [2]) volljährigen Arbeitgeber und die volljährigen Versicherten (§ 333). Die Versicherten können von der Wahlberechtigung durch die Satzung nicht ausgeschlossen werden, dagegen wohl die Arbeitgeber, die mit Zahlung der Beiträge im Rückstande sind (§ 337) [3]). Die Vertreter werden je aus der Mitte der Arbeitgeber und der Versicherten nach den Grundsätzen der Verhältniswahl (§ 15) gewählt, und zwar getrennt unter Leitung des Vorstandes. Die erlte Wahl nach Errichtung der Kasse leitet ein Vertreter des VA, später nur, wenn kein Vorstand vorhanden ist. Was das

---

1) Die Zahl bestimmt die Satzung: § 321 Z. 5.

2) § 332 II.

3) Über den Ausschluß von der Wahlberechtigung der Arbeitgeber der unständig Beschäftigten und ev. auch der unständig Beschäftigten selbst (vgl. § 457).

Stimmrecht der einzelnen Arbeitgeber im Verhältnis zueinander betrifft, so muß es jetzt nach der Zahl ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigten [1]) bemessen werden, während bisher die Satzung den Maßstab frei bestimmen konnte. Die Satzung kann es abstufen und eine Höchstzahl der Stimmen vorschreiben. Abstufung und Höchstzahl bedürfen der Zustimmung des OVA (§ 333 III), das vor allem darauf zu achten hat, daß nicht durch zu hohe Stufengrenzen der Zweck dieser Vorschrift vereitelt wird.

Die Frist zwischen der Ausschreibung der Wahl (§ 333) und der Wahl selbst muß mindestens einen Monat betragen; die Satzung kann eine längere Mindestfrist festsetzen, auch bestimmen, daß nach Bezirks- oder Berufsgruppen gewählt wird (§ 334). In ihr sind auch die näheren Vorschriften über das Wahlverfahren gemäß § 321 Z. 5 festzulegen.

B. Zum Vorstand. Zur Wahl der Vorstandsmitglieder und der erforderlichen Stellvertreter (§ 20) sind die Ausschußmitglieder berechtigt. Die Arbeitgebervertreter wählen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl ⅓ und die Versicherten-Vertreter ⅔ der Vorstandsmitglieder und zwar getrennt aus ihren Gruppen (§ 335). Jedes Mitglied des Ausschusses hat eine Stimme. Vorweggenommen sei, daß neben den Ausschußmitgliedern [2]) jedes Kassenmitglied resp. jeder beteiligte (§ 332 II) Arbeitgeber wählbar ist. Die Zahl der Vorstandsmitglieder ist gesetzlich nicht bestimmt, sie richtet sich nach der Satzung (§ 321 Z. 5).

1. Zum Vorstandsvorsitzenden. § 328. Der Vorsitzende des Vorstandes wird von den Vorstandsmitgliedern der Ortskrankenkassen gewählt. Ihm liegt die Leitung der Verhandlung ob; er hat Stimmrecht und gibt bei Stimmengleichheit den Ausschlag (§ 9). Zur Stärkung des Einflusses der Arbeitgeber in der Verwaltung ist zur Wahl des Vorsitzenden getrennte Abstimmung und die Zustimmung der Mehrheit beider Gruppen, der Arbeitgeber und der Versicherten, erforderlich. Kommt diese Mehrheit (§ 329) nicht

---

1) Also keine Versicherungsberechtigten, auch keine unständig Beschäftigten (§ 457).

2) Die gewählten Ausschußmitglieder scheiden aus dem Vorstand aus (§ 327).

zustande, so wird zunächst die Wahl auf einen anderen Tag anberaumt, um eventuell doch eine Einigung zu erzielen [1]). Kommt die Wahl auch in der zweiten Sitzung nicht zustande, so benachrichtigt der Vorstand das VA, das jetzt im Interesse der Fortführung der Kassengeschäfte einen Vertreter bestellt. Zum Vertreter kann jede geeignete Persönlichkeit bestellt werden, auch ein gemeindlicher Beamter [2]), ein Arbeitgeber oder Arbeitnehmer jedoch nur, wenn die Mehrheit der Gruppe der Arbeitnehmer bezw. die der Arbeitgeber keinen Einspruch erhebt. Als Arbeitgeber gilt nicht, wer nur Dienstboten oder unständige Arbeiter beschäftigt. Dieser bestellte Vertreter übt nur bis zu einer gültigen Wahl die Rechte und Pflichten des Vorsitzenden auf Kosten der Kasse aus. Auf Beschwerde entscheidet das OVA endgültig. Durch Vollzug der Wahl kann der bestellte Vertreter jederzeit seinem Amt enthoben werden. Für die Zeit seiner Bestellung hat er jedoch volles Stimmrecht und entscheidende Stimme (§ 9); ist er aber weder Arbeitgeber noch Arbeitnehmer, so hat er in allen den Fällen, in denen die Mehrheit der beiden Gruppen, der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, für das Zustandekommen eines Beschlusses erforderlich ist, sich der Stimme zu enthalten, weil er keiner dieser Gruppe angehört, während er in allen übrigen Fällen stimmberechtigt ist. Hervorgehoben sei noch, daß der bestellte Vertreter als Ehrenbeamter keine Vergütung erhält, wofern er aus dem Kreise der Arbeitgeber oder Versicherten entnommen ist. Für einen Beamten des VA oder einen anderen öffentlichen Beamten jedoch hat die Kasse auf Anordnung des VA eine angemessene Entschädigung zu zahlen.

2. Zum Stellvertreter des Vorsitzenden. § 330. Die Vorstandsmitglieder der Ortskrankenkassen wählen aus ihrer Mitte in ungetrennter Wahlhandlung, also mit einfacher Stimmenmehrheit, einen oder mehrere Stellvertreter des Vorsitzenden.

II. Passives Wahlrecht zu den Kassenorganen. 1. Wählbar: a) Allgemein. § 12. Zu den Organen der Versicherungsträger sind

1) Bei Weigerung des Vorstands zur Leitung der Wahl greift das VA ein (§§ 379 II, 32).

2) In diesem Fall kann das VA eine angemessene Vergütung auf Kosten der Kasse festsetzen.

nur volljährige Deutsche, d. h. die deutschen Reichsangehörigen ohne Berücksichtigung der Nationalität wählbar. Nicht wählbar ist 1. wer infolge strafgerichtlicher Verurteilung die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter verloren hat oder wegen eines Verbrechens oder Vergehens, das den Verlust dieser Fähigkeit zur Folge haben kann, verfolgt wird, falls gegen ihn das Hauptverfahren eröffnet ist; 2. wer infolge gerichtlicher Anordnung in der Verfügung über sein Vermögen beschränkt ist.

b) Als Vertrter der Arbeitgeber. § 13. Wählbar als Vertreter der Arbeitgeber ist, wer regelmäßig mindestens einen Versicherungspflichtigen beschäftigt, der bei dem Versicherungsträger versichert ist. Der Begriff des Arbeitgebers ist weiter als der des Unternehmers, da letzterer stets einen Betrieb haben muß, während der Arbeitgeber keinen zu haben braucht wie die Personen, die lediglich Dienstboten haben. Den Arbeitgebern stehen bevollmächtigte Betriebsleiter, Geschäftsführer, Betriebsbeamte der beteiligten [1]) Arbeitgeber gleich, die als solche gewählt werden müssen. Eine Vertretung durch sie in Ausübung des Ehrenamts an Stelle des Gewählten ist unzulässig, wie aus dem Charakter des Ehrenamtes hervorgeht. Nicht wählbar sind: 1. die Arbeitgeber, die mit Zahlung der Beiträge im Rückstande und deshalb durch die Satzung von der Wählbarkeit ausgeschlossen sind (§ 337), 2. Mitglieder einer Behörde, die Aufsichtsbefugnisse über einen Versicherungsträger hat. Zu den Mitgliedern gehören auch die Laienmitglieder (Versicherungsvertreter, Beisitzer, nichtständige Mitglieder).

c) Als Vertreter der Versicherten. § 14. Ebenso wie für die Wählbarkeit als Arbeitgebervertreter, dessen Beteiligung an der Kasse des versicherungspflichtigen Beschäftigten Voraussetzung der Wahl ist, so ist auch der Versicherten-Vertreter nur bei dem Versicherungsträger wählbar, bei dem er selbst versichert ist. Ist ein Versicherter auch gleichzeitig Arbeitgeber, so hängt die Frage, ob er als Arbeitgeber oder -nehmer wählbar ist, von seinen überwiegenden Interessen ab. Daher werden die versicherten Arbeitgeber den Arbeitgebern zugerechnet, wenn sie regelmäßig mehr als zwei Versicherte beschäftigten, anderenfalls den Versicherten.

---

1) § 332 II.

2. Obligatorische Verhältniswahl. § 15. Geradeso wie für die Wahl der Laienmitglieder bei den Versicherungsbehörden werden die Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt. Das System ist nicht bestimmt. Wird die Stimmabgabe auf Vorschlagslisten beschränkt, so bestimmt die Satzung, bis wann sie einzureichen sind; die Wahl ist unbeschadet der Vorschlagsliste geheim.

3. Wahlperiode. § 16. Die Wahlzeit dauert vier Jahre. Die Gewählten bleiben nach Ablauf ihrer Zeit im Amte, bis ihre Nachfolger eintreten. Wer ausscheidet, kann wiedergewählt werden.

4. Ablehnungsgründe. § 17. Während bisher für die Arbeitgeber und die Versicherten in gleicher Weise eine Pflicht zur Annahme der Wahl, in gewissen Fällen ein gleiches Ablehnungsrecht bestand, braucht jetzt der Versicherte die Wahl nicht anzunehmen, der Arbeitgeber dagegen prinzipiell wohl, abgesehen von folgenden Ausnahmen: wenn er 1. das sechzigste Lebensjahr vollendet hat, 2. mehr als vier minderjährige eheliche Kinder hat; Kinder, die ein anderer an Kindesstatt angenommen hat, werden dabei nicht gerechnet, 3. durch Krankheit oder Gebrechen verhindert ist, das Amt ordnungsmäßig zu führen, 4. mehr als eine Vormund- oder Pflegschaft führt. Die Vormundschaft oder Pflegschaft über mehrere Geschwister gilt nur als eine; zwei Gegenvormundschaften stehen einer Vormundschaft, ein Ehrenamt der Reichsversicherung einer Gegenvormundschaft gleich. Diese dem BGB entnommenen Ablehnungsgründe einer Vormundschaft werden noch erweitert um das Ablehnungsrecht, 5. des Arbeitgebers, der nur Dienstboten beschäftigt, 6. desjenigen, der nach mindestens zweijähriger Amtsführung wieder gewählt wird. Die Satzung kann auch andere Ablehnungsgründe zulassen.

5. Unzulässige Wahlablehnung. § 18. Bisher hatte eine unzulässige Wahlablehnung Verlust des Stimmrechts in der Generalversammlung zur Folge (§ 34 a II KrVG); jetzt kann sie eine Geldstrafe bis 500 Mark nach sich ziehen, die vom Vorsitzenden des Vorstandes verhängt wird. Auf Beschwerde entscheidet die Aufsichtsbehörde endgültig (§ 20).

6. Ehrenamt. § 21. Die gewählten Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Vertreter verwalten ihr Amt unentgeltlich als Ehrenamt. Dieser ehrenamtliche Charakter geht nicht durch eine angemessene Vergütung verloren. Der Versicherungsträger ist allen Ehrenbeamten zur Erstattung der baren Auslagen verpflichtet, dagegen nur den Versicherungsvertretern zum Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst oder statt dessen zu einem Pauschbetrag für Zeitverlust. Die Gewährung dieser beiden letzten Arten des Ersatzes war im KrVG an eine Satzungsbestimmung geknüpft, ebenso wie jetzt die Zubilligung eines Pauschbetrages für die Arbeitgebervertreter eine freiwillige Leistung ist. Die Pauschbeträge müssen gemäß § 321 Z. 8 in der Satzung festgesetzt sein. Die Festsetzung bedarf der Zustimmung des OVA (§ 324), damit der Charakter als Ehrenamt durch allzu hohe Vergütungen nicht in Frage gestellt werden kann. Um auch eine Umgehung dieses Gedankens zu verhindern, dürfen die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstandes nicht zugleich besoldete Beamte des Versicherungsträgers sein.

7. Enthebung. § 24. Die Aufsichtsbehörde, das VA, hat einen Gewählten durch Beschluß seines Amtes zu entheben, wenn von ihm Tatsachen bekannt werden, die seine Wählbarkeit oder seine Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung, nicht allein für die Kassenführung (§ 42 KrVG) ausschließen. Es ist ihm jedoch vorher Gelegenheit zur Äußerung zu geben. Gegen den Beschluß ist Beschwerde beim OVA (Beschlußkammer) zulässig. Während hier der Aufsichtbehörde die Amtsenthebung oblag, wird auf Beschluß des Vorsitzenden ein Gewählter auf seinen Antrag enthoben, wenn bei ihm während der Wahlzeit einer der Ablehnungsgründe nach § 17 I Z. 2—5 eintritt. Die Amtsenthebung eines Versicherten ist auch Vorlegung eines solchen Grundes jederzeit auf seinen Antrag hin zulässig.

8. Schutz der Versicherten-Vertreter. § 22. Die Versicherten-Vertreter haben ihren Arbeitgebern jede Einberufung zu den Organen anzuzeigen, damit diese sich eine Aushilfe für diese Zeit beschaffen können. Die Nichtanzeige ist mit keiner besonderen Geldstrafe verbunden; jedoch verlieren sie den Schutz, der ihnen im Falle einer rechtzeitigen Anzeige zur Seite steht, nämlich, daß das Fernbleiben von der Arbeit dem Arbeitgeber keinen wichtigen

Grund gibt, das Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu lösen [1]).

B. Rechte und Pflichten der Organe. Gegenüber dem bisherigen Recht ist eine schärfere Abgrenzung des gesetzlichen Aufgabenkreises des Vorstandes und Ausschusses erfolgt. Die Zuständigkeit des Ausschusses ist bedeutend erweitert worden: a) um die Befugnis (§ 345, 1) der Festsetzung des Voranschlags, 2. Vereinbarungen und Verträge mit anderen Kassen zu schließen, 3. zur Errichtung von Melde- und Zahlstellen, 4. die Kasse aufzulösen oder mit anderen Krankenkassen freiwillig zu vereinigen. Für das KrVG vgl. § 36. b) Um das Erfordernis seiner Zustimmung bei Vorstandsbeschlüssen über Aufstellung oder Änderung der Dienstordnung oder Errichtung eines Krankenhauses und Genesungsheims (§ 346 II). c) Um das Vertretungsrecht bei Grundstücksgeschäften (§ 346 I). Im übrigen ist die Verpflichtung zur Auskunftserteilung über Art und Zahl der Erkrankungen der Gewerbeaufsichtsbeamten gegenüber neu eingeführt (§ 343), ebenso wie die Verpflichtung zum Erlaß einer Krankenordnung (§ 347).

I. Vorstand. Der Vorstand hat zwei Hauptfunktionen: nach innen die laufende Verwaltung, nach außen die Vertretung des Versicherungsträgers.

a) Vertretung. § 5. Der Vorstand hat die Stellung eines gesetzlichen Vertreters; er vertritt den Versicherungsträger gerichtlich und außergerichtlich dritten gegenüber. Regelmäßig ist seine Vertretungsmacht unbeschränkt. Gesetzliche Beschränkungen der Vertretungsmacht entspringen entweder aus dem Gesetz unmittelbar (§ 346 I) oder ergeben sich aus dem Lebenszweck der Krankenkassen. Eine satzungsmäßige Beschränkung ist mit Wirkung gegen gegen Dritte erlaubt, jedoch nur insoweit, als das Gesetz es zuläßt. Die notwendige Aufnahme einer solchen Bestimmung in die Satzung ist im Interesse der Verkehrssicherheit erforderlich; anderenfalls ist die Beschränkung dritten gegenüber unwirksam. Da der Vorstand aus mehreren Mitgliedern besteht, so ist für ihren Beschluß regelmäßig Übereinstimmung sämtlicher Mitglieder erforderlich.

---

1) Über die Beschränkung und Benachteiligung in der Übernahme oder Ausübung des Ehrenamtes vgl. §§ 139, 140.

Die Satzung kann jedoch bestimmen, daß eine Vertretung durch mehrere Mitglieder oder eine Einzelvertretung durch den Vorsitzenden oder durch jedes Vorstandsmitglied für sich stattfinden soll. Der Vorstand hat seinerseits selbstverständlich die Möglichkeit, sich Personen mit Vertretungsvollmacht für einzelne oder gewisse Arten von Rechtsgeschäften zu substituieren. Zur Legitimation des Vorstandes genügt eine Bescheinigung seiner Aufsichtsbehörde über seine Zusammensetzung und den Umfang seiner Vertretungsmacht (§ 6 II). Von dieser Vertretung nach außen ist die Geschäftsführung wohl zu unterscheiden. Diese kann abweichend von der Vertretungsmacht geregelt werden, soweit das Gesetz es zuläßt.

b) Verwaltung. § 342. Neben diesem Vertretungsrecht liegt dem Vorstand die Verwaltung der Kasse ob. Der Begriff der Verwaltung ist flüssig; er ist daher nicht gesetzlich bestimmt und unterliegt der Auslegung. Jedenfalls gehören vor allem die Anstellung, Entlassung und Beaufsichtigung der Beamten dazu (§§ 349 ff.). Bei Streit über die Auslegung entscheidet die Aufsichtsbehörde (§ 33). Eine gesetzliche Begrenzung der Verwaltungsgeschäfte ist durch die Zuständigkeit des Ausschusses (§§ 345 bis 348) gegeben; eine satzungsmäßige ist ausgeschlossen.

c) Spezielle Verpflichtungen. Neben diesen gesetzlichen Hauptfunktionen sind einzelne Verpflichtungen des Vorstandes noch besonders hervorgehoben, die Verpflichtung 1. zur Anzeige des Ergebnisses einer jeden Wahl und jeder Änderung in seiner Zusammensetzung binnen einer Woche an seine Aufsichtsbehörde (§ 6 I). 2. Beschlüsse der Organe, die gegen Gesetz oder Satzung oder Dienstordnung (§ 357 I) verstoßen, durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zu beanstanden. Hierzu ist der Vorsitzende verpflichtet. Die Beschwerde bewirkt Aufschub (§ 8). 3. Den Gewerbeaufsichtsbeamten auf Verlangen Auskunft über Zahl und Art der Erkrankungen zu erteilen (§ 343), um ein wirksames Zusammenarbeiten bei Festtelung der Berufskrankheiten und bei ihrer Bekämpfung zu ermöglichen. 4. Den Trägern der UV, IV, HV zu gestatten, durch Beauftragte in den Kassenräumen während der Geschäftsstunden die Bücher und Listen einzusehen, um Zahl, Be-

schäftigungszeit und Lohnhöhe ihrer Versicherten zu ermitteln (§ 344).

Im übrigen sind ihm noch besondere Aufgaben überwiesen, z. B. in den Fällen der §§ 149 II, 175, 291, 294 III. Sämtliche nicht gesetzlich bestimmte Rechte und Pflichten werden durch die Satzung geregelt (§ 321 Z. 1); versagt bleiben ihm setst die Reservatrechte des Ausschusses (§§ 345 II Z. 1—7, 346—348).

d) Sitzung. Strafbefugnisse des Vorsitzenden. Die Leitung der Sitzung liegt dem Vorsitzenden ob; die Sitzungen sind nicht öffentlich (§ 11). Die Vertreter der Aufsichtsbehörde haben aber jederzeit Zutritt, das Recht auf Gehör wie Antragsstellung. Es können zugelassen werden z. B. Ärzte, Gewerbeaufsichtbeamte, Unternehmer, wenn sie technische Hilfe leisten sollen. Der Vorsitzende hat als solcher Stimmrecht und gibt bei Stimmengleichheit den Ausschlag (§ 9). Was die Form der Abstimmung anbetrifft, so kann der Vorstand nur in eiligen Fällen schriftlich abstimmen lassen (§ 7). Damit ist zum Ausdruck gekommen, daß diese Form nicht Regel werden soll, also ein mündliches Verhandeln zur besseren Durchberatung regelmäßig stattfinden soll. Der Vorsitzende kann gegen ein Mitglied des Vorstandes, das sich der Erfüllung seiner Pflichten entzieht, eine Geldstrafe bis zu 100 Mark verhängen, mag er Arbeitgeber oder Versicherter sein (§ 19). Die Strafe ist also nur bei einer „Entziehung" zulässig; ein Unentschuldigtsein bei zu spät Kommenden genügt nicht. Der Vorsitzende hat die Strafe zurückzunehmen, wenn nachträglich eine genügende Entschuldigung nachgewiesen wird. Auf Beschwerde entscheidet die Aufsichtsbehörde endgültig (§ 20).

II. Ausschuß. Neben dem Vorstand besteht der Ausschuß, der eine notwendge Ergänzung für die rechtlichen Funktionen des Vorstandes ist. Seine Zuständigkeit ist negativ abgegrenzt; er beschließt über alles, was nicht Gesetz, Satzung oder Dienstordnung dem Vorstand zuweist (§ 345 I). Stets bleiben ihm seine sogen. Reservatrechte vorbehalten:

a) Als Beschlußorgan. 1. § 345 II. 1. Den Voranschlag festzusetzen. 2. Die Jahresrechnung abzunehmen; in diesem Recht liegt auch das weitere zur Rechnungsprüfung wie Einrichtung von Ausschüssen etc. zu diesem Zweck. 3. Die Kasse gegenüber den

Vorstandsmitgliedern zu vertreten; die Form der Vertretung ist seiner Beschlußfassung überlassen, da ja nicht alle Ausschußmitglieder hinzugezogen werden können. 4. Vereinbarung und Verträge mit anderen Kassen zu beschließen. 5. Die Errichtung von Melde- und Zahlstellen zu beschließen. 6. Die Satzung zu ändern. 7. Die Kasse aufzulösen oder den anderen Krankenkassen freiwillig zu veräußern.

Während regelmäßig zur Beschlußfassung einfache Stimmenmehrheit genügt, bedürfen die Beschlüsse zu 6 und 7 der Mehrheit sowohl der Arbeitgeber als der Versicherten, da sie von grundlegender Bedeutung für die Entwicklung der Kassen sind. Dieser Gedanke erleidet aber eine Modifikation, da bei Satzungsänderungen, sofern sie nach § 326 von Amts wegen angeordnet sind, ungetrennte Abstimmung, d. h. einfache Stimmenmehrheit, genügen soll, ebenso, wenn die Satzungsänderungen, Kassenleistungen und -beiträge betreffen und nicht § 388 oder § 389 entgegensteht. Daher liegt die Bestimmung über die Höhe der Leistungen in der Hand der Versicherten.

2. Krankenordnung. § 347. Der Ausschuß muß eine Krankenordnung aufstellen, welche die Meldung, Überwachung und das Verhalten der Kranken regelt zu dem Zweck, eine baldige Genesung im Interesse der Kranken wie der Kassen herbeizuführen. Die Krankenordnung ist kein Teil der Satzung, hat jedoch, wie diese öffentlich-rechtlichen Charakter. Zur Durchführung ist dem Kassenvorstand eine Strafbefugnis (§ 529) gegeben, auch Nachteile an ihre Verletzung geknüpft (§ 184 III Z. 3). Sie bedarf der Genehmigung des VA (Beschlußausschuß), bei deren Versagung die Beschwerde dem Vorsitzenden des VA, wenn er von den Versicherungsvertretern überstimmt ist, und den beteiligten Kassen an das OVA zusteht. Diese entscheidet endgültig. Zur Sicherstellung der Krankenordnung stellt das OVA (Beschlußkammer) diese rechtsverbindlich fest[1]), falls die Kasse trotz Aufforderung des VA in der gesetzten Frist keine einreicht. Das Gleiche gilt für angeordnete Änderungen oder Ergänzungen.

---

1) Beschwerde eventuell an das RVA bezw. LVA § 1793.

Überwachung. § 347 IV. Die Überwachung der Kranken liegt, wie die Durchführung der Versicherung den Krankenkassen ob, wobei das VA nur eine aufsichtführende Tätigkeit ausübt. Zur unmittelbaren Mitwirkung kann das VA von den Krankenkassen aber herangezogen werden mit ihrer Zustimmung und unter Vereinbarung über die Kosten bei der Überwachung der Kranken. Lehnt der Beschlußausschuß die Mitwikung ab, so beschließt auf Beschwerde das OVA endgültig.

3. Beitragseinsendung auswärtiger Mitglieder. § 348. Der Ausschuß bestimmt allgemein die Art der Einsendung der Beiträge wie Leistungen auswärtiger Mitglieder, die sich nicht im Kassenbezirk aufhalten, und die Regelung ihrer Krankenüberwachung. Die Erledigung der einzelnen Fälle ist Sache der laufenden Verwaltung. Diese Bestimmung ist ebenfalls wie die Krankenordnung kein Teil der Satzung. Eine Aufnahme derselben in die Krankenordnung ist unzulässig.

4. Zustimmung. § 346 II. Der Zustimmung des Ausschusses bedürfen 1. die vom Vorstand aufgestellte oder geänderte Dienstordnung für die Angestellten (§ 355 XX) [1]), Vorstandsbeschlüsse über Errichtung von Krankenhäusern und Genesungsheimen. An die Zustimmung ist der Vorstand gebunden; dem Dritten braucht sie nicht erkenntlich zu sein.

b) Als Vertretungsorgan. § 346 I. Ausnahmsweise ist der Grundsatz der Vertretung der Krankenkassen durch den Vorstand durchbrochen durch die Bestimmung, daß bei dem Erwerb, der Veräußerung oder Belastung von Grundstücken die Kasse durch den Vorstand und Ausschuß vertreten wird. Bei mangelnder Vertretung des Ausschusses sind die Rechtsgeschäfte nichtig. Die Form der Vertretung ist nach § 321 Z. 5 durch die Satzung zu bestimmen, da die Heranziehung sämtlicher Ausschußmitglieder mit zu großen Schwierigkeiten verknüpft wäre.

III. Haftung der Organe. § 23. Die Haftung ist: 1. eine bürgerlich-rechtliche. Die Mitglieder der Organe haften den Versicherungsträgern für getreue Geschäftsverwaltung, wie Vormünder ihren Mündeln. Verwendet daher der Vorsitzende verfügbare Gelder für sich, so sind sie nach § 1834 BGB von dem Zeitpunkt der Verwendung an zu verzinsen. Eine höhere Ver-

zinsung als die gewöhnliche wie nach § 42 II KrVG zwischen 8 bis 20 % ist jetzt ausgeschlossen. Ein Verzicht auf die Ansprüche aus der Haftung ist nur mit Genehmigung der Aufsichtbehörde zulässig. Daher besteht jetzt zweifellos die Verpflichtung, etwaige Schadensersatzansprüche geltend zu machen; anderenfalls kann das VA die Haftung an Stelle und auf Kosten des Versicherungsträgers geltend machen. 2. Eine strafrechtliche im Falle der Untreue bei vorsätzlichem Handeln zum Nachteil des Versicherungsträgers. Neben der Gefängnisstrafe kann stets auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden und neben der Gefängnisstrafe auf Geldstrafe bis 3000 Mark, jedoch nur, falls das Mitglied die Handlung begangen hat, um sich oder anderen einen Vermögensvorteil zu verschaffen. 3. Eine disziplinarrechtliche. Die Aufsichtsbehörde kann die Organe durch Geldstrafen bis zu 1000 Mark anhalten, das Gesetz und die Satzung zu befolgen.

IV. Keine Teilnahme der Interessenten an Beratungen. § 23 III. Die Organe sind zu treuer und gewissenhafter Führung der Geschäfte des Versicherungsträgers verpflichtet. Ein Erfolg ist bei Interessenkollission das Verbot der Teilnahme an der Beratung und Abstimmung über solche Gegenstände, welche das Privatinteresse eines Mitglieds oder seiner Angehörigen, Verwandten und Verschwägerten jeden Grads, berühren. In diesen Fällen hat er sich auch aus dem Sitzungszimmer zu entfernen. Bei pflichtwidrigem Handeln haften die Organe.

Angestellte und Beamte. Die Rechtsverhältnisse der bezahlten Angestellten, der Rechnungs- und Kassenführer, waren im KrVG nicht näher geregelt, nur eine besondere Bestimmung über die zivil- und strafrechtliche Haftung wie eine eventuelle Amtsenthebung getroffen. Das Schwergewicht der Verwaltung sollte in den Händen der ehrenamtlichen Organe liegen. Dieser Gedanke mochte für die Anfänge der Entwicklung richtig sein; aber mit der wachsenden Mitgliederzahl und der wachsenden Bedeutung der Krankenkassen stieg auch die Zahl der Angestellten. Ihre Verhältnisse forderten dringend eine Regelung im Interesse der Kasse und der Angestellten. Denn die Angestellten waren ohne Schutzbestimmung von dem Vorstand völlig abhängig, in ihren Stellungen, die zum Teil ihren Lebensberuf ausfüllten, keineswegs

gesichert. Bei der Auswahl für die Anstellung waren vielfach nicht die fachliche Befähigung, vielmehr Zugehörigkeit zu den jeweils herrschenden politischen Parteiströmungen im Vorstand maßgebend. Eine ungünstige Rückwirkung für die Kassen selbst konnte nicht ausbleiben. Diesen regellosen Verhältnissen gegenüber hat die RVO sichere Maßnahmen geschaffen, die im Zusammenhang erst ein kurzer Überblick in ihrer Bedeutung begreifen läßt. Die RVO unterscheidet zwischen Beamten und Angestellten. I. Beamte sind die nach Landesrecht staatlichen oder gemeindlichen Beamten (§ 351 I) oder diejenigen, welche die Rechte und Pflichten derselben übertragen erhalten haben (§ 359 IV). II. Angestellte. Nur diese Art der öffentlich-rechtlichen Beamten will die RVO unter den Begriff „Beamten" gefaßt wissen (§§ 359 I, II, IV). Gleichzeitig kennt sie aber auch eine zweite Art der Beamten; das sind die von dem Vorstand der Ortskrankenkassen mit Genehmigung des OVA auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellten Beamten, ohne daß diesen die Rechte und Pflichten von staatlichen oder gemeindlichen Beamten nach § 359 Abs. 4 übertragen sind. (§ 359 I). Diese Beamten gehören also im Sinne der RVO zu den Angestellten. Neben dieser Art der Angestellten umfaßt die zweite Gruppe, die auf Probe oder vorübergehend oder zur Vorbereitung Beschäftigten (§ 351 II). Soweit die Beamten staatliche oder Gemeindliche Beamte sind oder deren Rechte und Pflichten haben, unterliegen sie den landesrechtlichen, öffentlich-rechtlichen Beamtenvorschriften und sind so in einer gesicherten Stellung, von persönlichen Einflüssen in der Geschäftsführung weniger abhängig; eine besondere Regelung ihrer Verhältnisse ist daher für sie nicht erforderlich; für die anderen Angestellten dagegen wohl. Hier erfolgt die Regelung ihrer Rechts- und Dienstverhältnisse durch eine Dienstordnung. Ihr unterstehen kraft Gesetzes sämtliche Angestellten mit Ausnahme der vorübergehend beschäftigten Angestellten; doch auch für letztere kann sie gelten, sofern sie es ausdrücklich vorschreibt (§ 351). Die Dienstordnung ist ein Bestandteil der inneren Verfassung, eine öffentlich-rechtliche Verwaltungshandlung, welche die Kassenorgane ebenso wie Gesetz oder Satzung bindet. Ihr Inhalt besteht in der Regelung

der Rechts- und Dienstverhältnisse, Befähigung etc. Die Aufstellung des Inhalts wie ihre Abänderung bedarf stets der Genehmigung des OVA, sodaß durch die Versicherungsbehörden die Garantie geschaffen ist, daß der gesetzliche Inhalt voll zur Geltung kommt, und andererseits keine die Kasse oder die Angestellten beeinträchtigenden Maßnahmen getroffen werden. Die Bedeutung der Dienstordnung besteht darin, daß sie ein Vertragsmuster für die mit den Angestellten abzuschließenden Dienstverträge bildet und die Kassenorgane zum Vertragsabschluß nach dem Vertragsmuster verpflichtet sind. Steht eine Bestimmung des Dienstvertrags der Dienstordnung entgegen, so ist diese, nicht der ganze Vertrag, schlechthin nichtig (§ 357 III), und die entsprechende Vorschrift der Dienstordnung tritt an die Stelle des nichtigen Teils. Im übrigen tritt bei Verstößen von Beschlüssen gegen die Dienstordnung zwar keine Nichtigkeit ein, die Durchführung ist aber durch die Beanstandungspflicht des Vorstandes (§ 357) und das Aufsichtsrecht des VA (§ 377) gewährleistet. Hat man so durch den festgelegten Inhalt der Dienstordnung, damit auch der Dienstverträge wie deren sachgemäße Durchführung den Angestellten eine sichere freiere Stellung gegeben und durch den Nachweis der fachlichen Befähigung die Krankenkassen vor einer Besetzung mit unfähigen ungeeigneten Persönlichkeiten geschützt, so ist auch die unparteiische Anstellung der Angestellten in geeigneter Weise gesichert. Politische oder konfessionelle Rücksichten werden nicht mehr bei den Angestellten die entscheidende Rolle spielen, da beiden Gruppen im Vorstand, den Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Vertretern, ein gleiches entscheidendes Mitbestimmungsrecht gegeben, eine Übereinstimmung beider Gruppen erforderlich ist (§ 349 I). Andererseits bildet die politische oder religiöse Betätigung an sich keinen Ausschließungsgrund. — Der Anstellungsvertrag ist, wie bereits angedeutet, ein Dienstvertrag, dessen Abschluß nicht der Genehmigung des OVA unterliegt. Für ihn gelten die allgemein bürgerlich-rechtlichen Bestimmungen über Anfechtung von Willenserklärungen etc., insbesondere die Vorschriften über Dienstverträge, soweit nicht die RVO als lex specialis besondere Vorschriften getroffen hat, so z. B. daß einem seit zehn Jahren beschäftigten Angestellten nicht jederzeit nach freiem

Belieben noch unter Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden kann — wie nach BGB — vielmehr nur beim Vorliegen eines wichtigen Grundes (§ 354 II); weiter, daß Schriftform für den Dienstvertrag erforderlich ist (§ 354 I). Für die aus diesen Dienstverträgen entspringenden Streitigkeiten gilt die prozessuale Eigentümlichkeit, daß auch über die vermögensrechtlichen Ansprüche trotz ihres privatrechtlichen Charakters in erster und zweiter Instanz von den Versicherungsbehörden entschieden wird, nach ihrer Entscheidung allerdings die Klageerhebung vor den ordentlichen Gerichten zulässig ist (§ 358).

I. Anstellung. § 349. Bei den Krankenkassen werden die aus Mitteln der Kassen bezahlten Stellen der Beamten und derjenigen Angestellten, für welche die Dienstordnung gilt, durch übereinstimmende Beschlüsse beider Gruppen im Vorstande besetzt, wodurch eine Stärkung des Einflusses der Arbeitgeber und gleichzeitig eine Neutralisierung der Kassen erzielt wird. Hierdurch ist zugleich ausgedrückt, daß für die vorübergehend beschäftigten Angestellten (§ 351 II) ein Anstellungsbeschluß mit einfacher Mehrheit genügt. Bei mangelnder Einigung der Gruppen in ersterem Fall wird die Beschlußfassung auf einen anderen Tag anberaumt. Wird auch dann keine Einigung erzielt, so kann die Anstellung beschlossen werden, wenn mehr als zwei Drittel der Anwesenden dafür stimmen; jedoch bedarf ein solcher Beschluß der Bestätigung durch das VA. Sie darf nur auf Grund von Tatsachen versagt werden, die darauf schließen lassen, daß dem Vorgeschlagenen die erforderliche Zuverlässigkeit, insbesondere für eine unparteiische Wahrnehmung seiner Dienstgeschäfte, oder Fähigkeit fehlt. Daher ist die politische oder religiöse Gesinnung an sich für die Beurteilung des Menschen, die Annahme seiner Unzuverlässigkeit oder der Führung von Parteiinteressen nicht als maßgebender Gesichtspunkt einzusetzen. Bei Versagung der Bestätigung entscheidet auf Beschwerde des Vorstandes [1]) das OVA (Beschlußkammer) endgültig.

Bestellung. § 350. Ähnlich wie bei der Wahl des Vorsitzenden des Vorstandes werden auch bei mangelnder Einigung

1) Über dessen Einlegung einfache Mehrheit beschließt.

oder endgültiger Versagung der Bestätigung durch das VA auf Kosten der Kasse widerruflich die für die Geschäfte der Stelle erforderlichen Beamten bestellt [1]). Haben die Bestellten die Geschäfte ein Jahr lang geführt, so kann ihnen das VA mit Genehmigung des OVA die Stelle endgültig übertragen, falls nicht inzwischen ein gültiger Anstellungsbeschluß gefaßt worden ist. Für diese Art der Bestellten gilt die Dienstordnung, auch deren Gehaltssätze gemäß § 351 I, sofern sie nicht lediglich eine vorübergehende Stellung (§ 351 II) bekleiden.

II. Dienstordnung. § 351. Eine besondere Regelung der Dienstverhältnisse ist für die Beamten, das sind diejenigen Angestellten, die nach Landesrecht staatliche oder gemeindliche Beamte sind oder nach § 359 IV deren Rechte und Pflichten haben, unnötig. Für diese Gruppen gelten die allgemeinen Vorschriften für Beamte und zwar des Bundesstaates, in dem die Kasse ihren Sitz hat. Jedoch ist die Aufnahme ergänzender Vorschriften in der Dienstordnung zulässig. Unter die Dienstordnung fallen schlechthin die von den Krankenkassen besoldeten dauernd Angestellten [2]), dagegen die Angestellten, die nur auf Probe, zu vorübergehender Dienstleistung oder zur Vorbereitung beschäftigt werden, oder die das Amt unentgeltlich nebenher nur ausüben, nur dann, soweit die Dienstordnung es ausdrücklich vorsieht.

1. Gesetzlicher Inhalt. §§ 353, 352. Der Inhalt der Dienstordnung ist gesetzlich bestimmt, soweit es das Interesse der Angestellten und der Krankenkasse erfordert, im übrigen ist er fakultativ. Die Dienstordnung muß 1. die Rechts- und die allgemeinen Dienstverhältnisse der Angestellten regeln, insbesondere die Zahl, die Art der Anstellung, die Kündigung oder Entlassung, Festsetzung von Strafen und den Nachweis der fachlichen Befähigung. Letztere muß auch in anderer Weise als die Zurücklegung eines vorgeschriebenen Bildungsganges nachgewiesen werden können. Eine spezifisch technische Ausbildung ist für die Kassen- und

1) Der innere Grund ist selbstverständlich.

2) Zu denen auch die nach § 359 I von Ortskrankenkassen angestellten Beamten gehören, ohne daß diesen die Rechte und Pflihten staatlicher oder gemeindlicher Beamten übertragen sind.

Rechnungsführer zu fordern, wenn dies auch gesetzlich nicht ausdrücklich bestimmt ist. Für deren Anstellung wie die der übrigen kann auch eine besondere Vorprüfung verlangt werden; eine Befreiung von dieser für die diejenigen, welche die Qualifikation für bestimmte Staats- oder Gemeindeämter erlangt haben, ist selbstverständlich alsdann zulässig.

2. A. einen Besoldungsplan enthalten und dabei gleichzeitig regeln: a) wie weit bei unverschuldeter Arbeitsbehinderung das Gehalt fortgezahlt wird, b) in welchen Fristen Dienstalterszulagen gewährt werden, c) unter welchen Bedingungen Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge gewährt werden; B. endlich regeln, unter welchen Voraussetzungen Beförderung stattfindet (§ 353).

2. Fakultativer Inhalt. Neben diesem gesetzlichen Inhalt ist außer der bereits erwähnten zulässigen Vorprüfung der übrige Teil dem freien Ermessen der Kasse überlassen, z. B. auch die Dauer der Arbeitszeit, Ferienurlaub.

3. Dienstvertrag. Kündigung. § 354. Wer der Dienstordnung unterstehen soll (§ 351), wird durch schriftlichen Vertrag angestellt, also ist die Schriftform die gesetzliche Form. Ihre Verletzung bewirkt Nichtigkeit des Vertrags (§§ 125, 126 BGB) und damit Ausschluß der Dienstordnung für die Rechtsverhältnisse der Angestellten.

Die Bestimmungen über die Kündigung und Entlassung sind im Interesse der Kasse und der Angestellten erlassen: 1. im Interesse der Angestellten. Die Vereinbarungen über das Kündigungsrecht dürfen den Angestellten nicht schlechter stellen, als er mangels einer Vereinbarung nach § 621 ff. BGB gestellt sein würde. Dieser Schutz ist noch durch die Vorschrift erhöht für die seit 10 Jahren bei der Kasse Beschäftigten. Kündigungsgrund ist nur ein wichtiger Grund. Ist ein solcher nicht gegeben, dann kann diesen Personen auch bei Einhaltung einer Kündigungsfrist nicht gekündigt werden, während den unter 10 Jahren Angestellten unter Einhaltung der Kündigungsfrist selbstverständlich jederzeit gekündigt werden kann. Ferner ist eine Höchstgrenze festgesetzt für den Fall, daß Geldstrafen vorgesehen werden; sie darf nur den Betrag eines einmonatigen Diensteinkommens erreichen. 2. Im Interesse der Kasse darf die Kündigung oder Entlassung für Fälle nicht aus-

geschlossen werden, in denen ein wichtiger Grund vorliegt. Der Begriff des wichtigen Grundes ergibt sich aus dem § 626 BGB; er wird z. B. bei dauernd verringerter Mitgliederzahl oder Geschäftsabnahme ebenso wie bei mangelnden Fähigkeiten oder bei Dienstvergehen gegeben sein. Die einzelnen Fälle sind in die Dienstordnung aufzunehmen; sie werden bei der Genehmigung der Dienstordnung von dem OVA geprüft. Wird die Auslegung zweifelhaft, oder kommt es sonst zum Streit, z. B. weil ein besonderer Fall nicht in der Dienstordnung enthalten ist, so entscheiden nach § 358 die Versicherungsbehörden. 3. Gleich den Vereinbarungen für die Kündigung oder Entlassung ist auch die Kündigung und Entlassung selbst zum Schutz beider Teile geregelt. Sie darf nur auf übereinstimmenden Beschluß der Arbeitgeber und der Versicherten im Vorstand erfolgen, bei mangelnder Einigung auf Beschluß der einfachen Vorstandsmehrheit mit Zustimmung des Vorsitzenden des VA. Eine Ausnahme vor dem Grundsatz, daß Kündigung oder Entlassung nur auf übereinstimmenden Beschluß beider Vorstandsgruppen erfolgen kann, besteht bei Mißbrauch der dienstlichen Stellung oder der Dienstgeschäfte zu einer religiösen oder politischen Betätigung. In diesem Fall muß der Vorstandsvorsitzende den Angestellten verwarnen und bei Wiederholung, nachdem ihm Gelegenheit zur Äußerung gegeben worden ist, sofort entlassen. Jedoch bedarf die Entlassung der Genehmigung durch den Vorsitzenden des VA. Besonders gesetzlich hervorgehoben ist die negative Seite der Ausnahme, daß eine religiöse oder politische Betätigung außerhalb der Dienstgeschäfte, auch die Ausübung des Vereinigungsrechts, soweit sie nicht gegen die Gesetze verstößt, nicht gehindert werden darf, und an sich nicht als Grund zur Kündigung oder Entlassung gilt, z. B. die Mitwirkung an einer sozialpolitischen Zeitschrift außerhalb der Dienststunden; auch ist alsdann eine Kritik über die Aufsichtsbehörde zulässig, sofern die nötige Form nur gewahrt wird. — Unter Vereinigungsrecht wird das Recht, sich zu vereinigen und zu Verbänden zusammenzuschließen, nicht das Koalitionsrecht der Gewerbeordnung verstanden. — Liegt nun ein wichtiger Grund vor oder ein Mißbrauch der dienstlichen Stellung, ohne daß die Kündigung erfolgt, so greift das VA ein (§ 357 II).

4. Aufstellung bezw. Änderung der Dienstordnung. A. Freiwillig. § 355. Wie bereits hervorgehoben, ist die Aufstellung der Dienstordnung ein einseitiger Verwaltungsakt der Krankenkassen. Die Arbeitgeber und Versicherten im Vorstand und Ausschuß [1]) beschließen über die Dienstordnung und zwar getrennt, nachdem vor Aufstellung der Dienstordnung der Vorstand die volljährigen Angehörigen gehört hat. Stets bedarf die Dienstordnung der Genehmigung des OVA, das auf eine gewisse Einheit in den Bestimmungen der Dienstordnung wirken soll. Bei mangelnder Einigung der beiden Gruppen im Vorstand oder Ausschuß über einzelne Bestimmungen der Dienstordnung hat der Vorstand dem OVA die strittigen Punkte unter Angabe des Stimmenverhältnisses zu bezeichnen. Über diese Bestimmungen entscheidet das OVA frei nach Belieben, ohne an das Stimmverhältnis zu Gunsten der Mehrheit etwa gebunden zu sein. Im übrigen darf es der Dienstordnung die Genehmigung nur versagen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, insbesondere, wenn Zahl oder Besoldung der Angestellten in auffälligem Missverhältnis zu ihren Aufgaben steht, ferner aber auch, wenn eine offenbar unzweckmäßige Bestimmung in der Dienstordnung enthalten ist. Bei Versagung der Genehmigung entscheidet auf Beschwerde [2]) die oberste Verwaltungsbehörde. Ob die gleiche Behörde auch für die Beschwerde gegen Entscheidung des OVA bei mangelnder Einigung über einzelne Bestimmungen, wo es sich za nicht um die Einholung einer Genehmigung, vielmehr um eine selbständige Entscheidung handelt, zuständig ist, ist nicht besonders gesetzlich geregelt. Daher würde nach § 1793 der regelmäßige Beschwerdeweg an das RVA bezw. LVA gegeben sein. Bei dieser Folgerung würden also für ein und dieselbe Sache zwei verschiedene Beschwerdeinstanzen gegeben sein, was kaum im Sinn des Gesetzgebers gelegen haben kann. Da dieser fragliche Absatz III erst in der Kommission hinzugefügt wurde, im Entwurfe die oberste Verwaltungsbehörde für Genehmigung der Dienstordnung, nicht das RVA, wegen der in der Dienstordnung

1) § 346 II Z. 1.

2) Die vom Vorstand oder Ausschuß auf Grund einfacher Majorität erhoben werden kann.

zu regelnden Beamtenverhältnisse für die geeignete Behörde erklärt wurde, so geht man wohl nicht fehl, wenn man den gleichen Grund für die Zuständigkeit der obersten Verwaltungsbehörde bei Beschwerde wegen Entscheidung über einzelne Bestimmungen als notwendig anerkennt [1]). Das gleiche wie für die Aufstellung gilt für Änderungen der Dienstordnung.

B. Von Amtswegen. § 356. Reicht eine Kasse trotz Aufforderung in der gesetzten Frist keine Dienstordnung ein, oder sind Änderungen und Ergänzungen angeordnet, die nicht befolgt werden, so stellt das OVA die Dienstordnung rechtsverbindlich fest. Der Beschwerdeweg nach § 1793 ist gegeben.

5. Verstoß gegen die Dienstordnung. § 357. An die Dienstordnung sind die Kassenorgane ebenso wie an Gesetz oder Satzung gebunden und eine Verletzung muß beanstandet werden. Daher ist zur Durchführung der Dienstordnung ganz analog wie bei dem Verstoß gegen Gesetz oder Satzung (§ 8) dem Vorsitzenden des Vorstandes die Pflicht auferlegt, Beschlüsse des Vorstandes oder Ausschusses, die gegen die Dienstordnung verstoßen, durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zu beanstanden. Die Beschwerde bewirkt Aufschub. Neben dieser Vorstandspflicht besteht zur weiteren Sicherung das Aufsichtsrecht des VA, das sich auch auf die Beobachtung der Dienstordnung erstreckt (§ 377). Ergibt sich schon aus diesem Aufsichtsrecht die Befugnis zum Einschreiten bei einem Verstoß gegen die Dienstordnung, so ist gesetzlich doch nochmals der Fall besonders hervorgehoben, daß der Vorstand oder sein Vorsitzender trotz Vorliegen eines wichtigen Grundes gegen einen Angestellten von seinem Kündigungs- oder Entlassungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat. Das VA kann ihn dazu anhalten, eventuell ihm Geldstrafe bis zu 1000 Mark auferlegen (§ 39). Selbstverständlich ist das VA zu einer solchen Anordnung nur bei Vorliegen eines durch das Gesetz oder die Dienstordnung bestimmten Kündigungsgrundes berechtigt. Über die Anordnung der Kündigung entscheidet auf Beschwerde des Vorstandes das OVA (Beschlußkammer) endgültig.

---

1) Vgl. Köhler, S. 151.

Während regelmäßig bei Verstößen gegen die Dienstordnung die Beschlüsse gültig sind, aber beanstandet werden können, ist eine einzelne Bestimmung des Anstellungsvertrags, die der Dienstordnung zuwiderläuft, schlechthin nichtig. Ob nun als weitere Folge der ganze Vertrag nichtig ist, richtet sich nach der Bedeutung dieser Bestimmung für den ganzen Vertrag (§ 139 BGB). Ist nun der eine Teil des Vertrags nichtig, so treten an die Stelle des nichtigen Teils die entsprechenden Vorschriften der Dienstordnung. Die Frage einer Regreßpflicht des Kassenvorstandes oder der Kasse selbst (§§ 31, 89 BGB) den Angestellten gegenüber ist nach allgemeinen bürgerlich-rechtlichen Bestimmungen zu beantworten. Je nach dem der ganze Vertrag oder nur ein Teil nichtig ist, sind auch verschiedene Behörden für diese Regreßklagen zuständig, im ersten Fall die ordentlichen Gerichte, im letzteren die Versicherungsbehörden (§ 358).

6. *Streitigkeiten. § 358.* Über sämtliche Streitigkeiten aus den Dienstverhältnissen der Angestellten, die der Dienstordnung unterstehen, mögen sie Disziplinarsachen sein oder vermögensrechtliche Ansprüche zum Gegenstand haben, entscheidet das VA (Beschlußausschuß) in erster Instanz und auf Beschwerde das OVA. Ob das OVA als letzte Instanz entscheidet, oder über diesem noch der Rechtsweg vor den ordentlichen Gerichten offen steht, hängt von der Art der Streitigkeiten ab. Über sämtliche nicht vermögensrechtliche Streitigkeiten entscheidet das OVA als Beschwerdeinstanz endgültig, während bei vermögensrechtlichen Ansprüchen — mit Ausnahme der Pflicht zur Zahlung von festgesetzten Geldstrafen — nach der Entscheidung des OVA noch Klage vor den ordentlichen Gerichten erhoben werden kann. Jedoch besteht für die Erhebung der Klage eine Ausschlußfrist von einem Monat bei Zustellung der Entscheidung des OVA; die Frist ist eine Notfrist im Sinne des § 223 III CPO, sodaß der Lauf der Frist durch die Gerichtsferien nicht gehemmt wird, eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand bei Versäumung der Notfrist durch Naturereignisse oder andere unabwendbare Fälle möglich ist (§ 233 CPO). — Für die ordentlichen Gerichte sind die Entscheidungen des OVA nicht präjudiziell, mit einer Ausnahme. Nach § 354 II darf einem Angestellten, der seit zehn Jahren bei

den Krankenkassen beschäftigt ist, stets nur aus einem wichtigen Grund gekündigt werden. Ist nun eine Entscheidnng der Versicherungsbehörde darüber ergangen, ob unter Einhaltung der Kündigungsfrist aus einem wichtigen Grund gekündigt werden darf, so sind die ordentlichen Gerichte gebunden, in allen anderen Fällen dagegen nicht, also z. B. bei Kündigung ohne Kündigungsfrist aus einem wichtigen Grund der über zehn Jahre beschäftigten Angestellten, wie stets bei Kündigung eines unter zehn Jahre Angestellten. — Aus den rechtskräftigen Entscheidungen der Versicherungsbehörden findet die Zwangsvollstreckung nach dem achten Buch der CPO statt.

III. Beamte (§ 359) der Ortskrankenkassen. a) Mit oder weniger als 1000 Mitgliedern. Die Anstellung sämtlicher Beamten erfolgt durch den Vorstand der Ortskrankenkasse mit Genehmigung des OVA, und zwar ist ihre Anstellung stets in das freie Belieben der Krankenkasse gestellt. Die Beamten können auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt werden; durch diese Gegenüberstellung der verschiedenen Anstellungsarten soll den in den einzelnen Bundesstaaten geltenden beamtenrechtlichen Vorschriften Rechnung getragen werden, die Möglichkeit offen bleiben, eine lebenslängliche Anstellung, wo diese nicht üblich ist, z. B. durch eine mit Anrecht auf Ruhegehalt zu ersetzen.

b) Mit mehr als 10 000 Versicherten. In gleicher Weise hängt die Anstellung von Beamten bei Ortskrankenkassen mit mehr als 10 000 Versicherten von dem Ermessen des Vorstandes ab, aber mit einer Einschränkung. Das OVA kann nämlich bei Anhörung des Kassenvorstandes anordnen, daß mindestens die Geschäftsleiter in dieser Weise, nämlich auf Lebenszeit etc., angestellt werden, um durch die dauernd gesicherte Stellung der Beamten eine gewisse Gleichmäßigkeit und auch Unabhängigkeit der Geschäftsführung bei großen Kassen zu erzielen. Zu den Geschäftsleitern gehören die leitenden Persönlichkeiten, deren Handlungen einer Nachprüfung nicht unterzogen werden. Gegen diese Anordnung des OVA hat der Vorstand die Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde ebenso wie bei Versagung der Genehmigung im Falle der freiwilligen Beamtenanstellung.

Den in dieser Weise angestellten Beamten kann die Landesregierung die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten übertragen, ohne daß hierauf ein Anspruch seitens der Kasse noch des Beamten begründet wird. Ist die Übertragung erfolgt, so regeln sich die Dienstverhältnisse nach den öffentlichen beamtenrechtlichen Vorschriften, z. B. die Frage der Ruhegehaltsansprüche, ebenso wie des Verfahrens und des Instanzenzugs in Disziplinarangelegenheiten. Für die übrigen Beamten, auf die eine solche Übertragung nicht stattfindet, bleibt die Dienstordnung maßgebend; so gilt für sie auch § 354 II über die Kündigung entsprechend. — Bei der Stellenbesetzung sowohl der Beamten wie der übrigen Angestellten darf für Inhaber des Zivilversorgungsscheins (Militäranwärter) kein Vorrecht vorgeschrieben werden; andererseits dürfen fähige Militäranwärter aber nicht allgemein von der Anstelung ausgeschlossen werden.

IV. Landesgesetzliche Pensionseinrichtungen. § 360. Nach landesrechtlichen Vorschriften besteht in einzelnen Bundesstaaten für die nicht auf Lebenszeit oder unwiderruflich angestellten Beamten der Gemeinden und auch anderer öffentlicher Körperschaften die Verpflichtung, einer staatlich überwachten Pensonskasse oder ähnlichen Einrichtungen beizutreten; die Körperschaften werden dabei zu einer entsprechenden Beitragsleistung herangezogen; diesen Vorteil würden die Angestellten der Ortskrankenkasse nicht genießen, da eine ergänzende landesrechtliche Bestimmung wegen der erschöpfenden Kodifikation der RVO unzulässig wäre. Daher werden die Landesregierungen ausdrücklich ermächtigt, die zu dem genannten Zweck für die Körperschaften und ihre Angestellten geltenden Vorschriften auch auf die Ortskrankenkassen und deren Angestellte auszudehnen.

V. Haftung. § 361. In gleicher Weise wie die Organe haften auch jetzt sämtliche geschäftsleitende Beamte und Angestellte gemäß § 23 I für getreue Geschäftsverwaltung, während bisher nach § 42 KrVG eine solche Vorschrift nur für die Rechnungs- und Kassenführer gegeben war.

Verwaltung der Mittel. Die Bestimmungen über die Vertung sind in ihren Grundzügen dieselben geblieben. Es sind nur

einige Änderungen eingetreten, die kurz hervorgehoben seien: 1. Zulässigkeit der Verwendung von Kassenmitteln zur Krankheitsverhütung und zu Versammlungszwecken (§ 363). 2. Sammlung des Reservefonds aus Beitragsteilen, welche Arbeitgeber der Kasse für Mitglieder von Ersatzkassen (§ 517 II) zahlen und aus mindestens $^1/_{20}$ — früher $^1/_{10}$ — des Jahresbetrags der übrigen Kassenleistungen (§ 364). 3. Verwahrung der Wertpapiere, die sich lediglich zur Anlegung der zeitweilig verfügbaren Betriebsgelder dienen durch den Gemeindeverband — früher durch die Gemeindebehörde — (§ 365).

1. Verwendung. Aus dem gesetzlich begrenzten Lebenszweck der Krankenkassen ergibt sich eine gleiche Begrenzung der gesetzlichen Geschäfte und der Verwendung der Mittel. Die Versicherungsträger dürfen nur die Geschäfte übernehmen, welche das Gesetz ihnen überträgt (§ 25 III). Die Mittel dürfen nur verwendet werden für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Zwecke (§ 25 I):

a) Zu Regelleistungen, Mehrleistungen und freiwilligen Leistungen (§§ 179, 182—205) [1]).

b) Zur Füllung der Rücklage (Reservefond). Eine Rücklage muß angesammelt werden. Ihre Mindesthöhe soll dem Betrage der Jahresausgabe, die nach dem Durchschnitt der letzten drei Jahre zu berechnen ist, gleich sein und soll sie auf dieser Höhe gehalten werden. Die Kasse benutzt hierzu die Beitragsteile, welche Arbeitgeber ihr für Mitglieder von Ersatzkassen zahlen (§ 517 II). Der Grund für die Zuweisung dieser Beiträge an die Rücklage liegt darin, daß die Zahl dieser Beiträge großen Schwankungen unterliegt, und eine gewisse Unsicherheit der Kassenverhältnisse hervorrufen würde, wenn sie als ordentliche Einnahmeuellen den Maßstab für die Berechnung der Höhe der Leistungen mit bilden würden. Außer diesen Beiträgen fließt mindestens $^1/_{20}$ des Jahresbetrags der übrigen Kassenbeiträge in die Rücklage (§§ 363, 364).

---

1) Wie natürlich auch zur Unterhaltung oder Errichtung jener Anstalten, welche die Leistungen im Namen der Krankenkassen gewähren; Krankenhäuser, Genesungsheime (§ 346 II Z. 2).

e) Zu den Verwaltungskosten, zu denen auch die den Angestellten und ihren Angehörigen zu gewährenden Pensionen zu rechnen sind (§ 363).

d) Für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung unter der stillschweigenden Voraussetzung, daß nach Erfüllung sämtlicher Pflichtleistungen der nötige Kassenbestand vorhanden ist (§ 363). Damit ist die bisher strittige Frage, ob Kassenmittel neben der Fürsorge für Erkrankte auch zu vorbeugenden Maßnahmen benutzt werden dürften, in bejahendem Sinne entschieden, allerdings mit der Einschränkung, daß die Verwendung zu Gunsten der Allgemeinheit oder eines größeren Teils der Kassenmitglieder stattfinden muß, wie z. B. bei Epidemien, bei Vorträgen über Hygiene, bei Desinfektion der Wohnungen von Mitgliedern, die ansteckende Krankheiten hatten, bei Errichtung von Auskunftsstellen zur Bekämpfung von Tuberkulose oder von Geschlechtskrankheiten. Eine Wohnungsenquete würde als unzulässig zu erachten sein, weil sie den Zwecken der Krankheitsverhütung nicht unmittelbar dient. Verboten ist auch nach wie vor eine Fürsorge, um bei dem einzelnen Mitglied die Entstehung einer Krankheit zu verhindern z. B. Tuberkulose. Diese Tätigkeit bleibt der Versicherungsanstalt überlassen. Dagegen ist die Errichtung von Krankenhäusern und Genesungsheimen nach § 346 II zulässig.

e) Zu Versammlungszwecken (§ 333 II). Die Versammlung muß den gesetzlichen Zwecken der KrV dienen, und zwar speziell der teilnehmenden Kasse im konkreten Falle zum Vorteil gereichen. Soll z. B. auf einer Versammlung über zweckmäßige Einrichtung von großen Heilanstalten beraten werden, so würde eine Beschickung seitens der Kassen ungerechtfertigt sein, die ihren gesetzlichen Leistungen knapp genügen können. Die Zahl der Vertreter wird ebenfalls durch das notwendige Bedürfnis bestimmt. Unbedingte Voraussetzung für die Zulässigkeit dieser Art der Verwendung von Kassenmitteln ist eine dahingehende Bestimmung der OV-Behörde der einzelnen Bundesstaaten, die aber mehr eine formelle ist, da nach der Fassung des § 363 der Erlaß notwendig ist.

2. Anlegung. Gleich der Verwendung der Mittel ist auch die Anlage des Vermögens gesetzlich geregelt. Die Regel ist, daß das

Vermögen, wie Mündelgeld (§§ 1807, 1808) verzinslich angelegt werden soll (§ 26), jedoch sind Ausnahmen, unter denen der Vorstand die Wahl hat, zulässig: 1. Das Vermögen darf auch in Wertpapieren, die landesgesetzlich zur Anlegung von Mündelgeld zugelassen sind, sowie in solchen auf die Inhaber lautenden Pfandbriefen deutscher Hypotheken-Aktienbanken angelegt werden, welche die Reichsbank in Klasse I beleiht (§ 26 II). Die am Sitze der Krankenkassen geltenden landesgesetzlichen Vorschriften sind maßgebend. 2. Die Anlage kann mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde [1]) auch in Darlehen an Gemeinde und Gemeindeverbände erfolgen, soweit dies nach § 26 I, d. i. § 1807 BGB zulässig ist. Die Verwaltungsbehörde kann allgemein oder auch für den einzelnen Fall die Anlage in einzelnen Gattungen zinstragender Papiere auf einen bestimmten Betrag beschränken. Formelle Voraussetzung (bei Fall 1 und 2) für den Fall, daß sich der Bezirk des Versicherungsträgers auf Gebiete oder Gebietsteile mehrerer Bundesstaaten erstreckt, ist die Zustimmung der beteiligten Landeszentralbehörden (§ 27). Bei mangelnder Einigung entscheidet der Reichskanzler (§ 113 II). 3. Zeitweilig verfügbare Bestände können mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde unter Widerruf anderweitig in anderer Weise angelegt werden (§ 27 IV). Hiermit ist für die Anlegung dieser Art von Beständen den Versicherungsträgern die Möglichkeit erschlossen, bei Banken einen Kontokorrentverkehr zu eröffnen. Die Zuständigkeit der obersten Verwaltungsbehörde wird durch den Sitz des Versicherungsträgers bestimmt; erstreckt sich der Kassenbezirk auf mehrere Bundesstaaten, so ist die Zustimmung der anderen obersten Verwaltungsbehörde wie im Falle 1, 2 nicht notwendig.

3. Aufbewahrung. § 365. Für die Aufbewahrung der Wertpapiere ist zwischen denen zu unterscheiden, die zur Anlegung zeitweilig verfügbarer Betriebsgelder dienen, und denen, die nicht lediglich hierzu dienen. Erstere verwahrt die Kasse, letztere der Gemeindeverband — früher die Aufsichtsbehörde —, wenn das VA nichts anderes bestimmt.

---

1) Welche für den Sitz des Versicherungsträgers zuständig ist.

4. Rechnungsführung — Abschluß. § 366. Die Einnahmen und Ausgaben sind gesondert zu verrechnen, die Bestände gesondert zu verwahren (§ 25 II). Alles Nähere über die Art und Form der Rechnungsführung bestimmt der Bundesrat (§ 366). Ein Rechnungsabschluß ist dem VA von der Kasse einzureichen, sowie Nachweisungen über die 1. Mitglieder, 2. Krankheits-, sonstigen Leistungs- und Sterbefälle, 3. eingegangenen Beträge, 4. gewährten Leistungen, 5. Art und Höhe des Entgelts für die ärztlichen Leistungen, 6. Zahl der für die Kasse tätigen Ärzte, Spezialärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Apothekenbesitzer und -verwalter und anderen solchen Personen, welche Arzneimittel feilhalten (§ 366). Der Inhalt dieser Nachweisungen deckt sich demgemäß mit dem der §§ 41, 79 KrVG, aber mit der Neuerung der Aufschlußpflicht über die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten. Das Muster und die Einsendungsfristen stellt der Bundesrat fest; er kann den Inhalt der Nachweisungen ausdehnen, soweit es erforderlich ist, z. B. auf Zeit. Mindestens von vier zu vier Jahren — bisher aber fünf — sind die Nachweisungen und Abschlüsse einheitlich für das Reich zusammenzustellen (§ 367 II).

Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern. Auf dem Gebiet, auf dem der Kampf seit Jahren am heftigsten geführt worden ist, wurde keine produktive Arbeit geleistet. Der Regierungsentwurf, der einen Mittelweg gefunden zu haben glaubte, wurde in der Kommission abgelehnt. Die Vorschriften des KrVG über das Verhältnis von Ärzten und Krankenkassen sind im wesentlichen aufrecht erhalten worden. Die Bedeutung dieser Frage rechtfertigt einen kurzen Überblick über den inneren Grund der Ärztebewegung, ihre Entwicklung und die Gestaltung des Regierungsentwurfs Durch die Novelle von 1892 wurde die Möglichkeit den Krankenkassen erschlossen, durch Satzungsbestimmung die ärztliche Behandlung nur durch bestimmte Ärzte zu gewähren und die Bezahlung anderer Ärzte für Behandlung von Kassenpatienten abzulehnen, von dringenden Fällen abgesehen (§§ 6 a I Z. 6, 26 a II, 2 b KrVG), mit anderen Worten: das Kassenarztsystem einzuführen. Von dieser Möglichkeit wurde ergiebig Gebrauch gemacht und dadurch einmal unwürdige Konkurrenz unter den Ärzten für eine Anstellung als Kassenarzt her-

beigeführt und im Zusammenhang hiermit auch ein Sinken des Honorars, ganz abgesehen davon, daß die Ärzte in volle wirtschaftliche Abhängigkeit von den Kassen gerieten. Der Ausschluß eines Teils der Ärzte von der freien Konkurrenz für die Millionen von Versicherten und die ungünstige Lage der Kassenärzte war die Hauptursache für die Ärztebewegung. Daneben wurde sie noch mitbestimmt durch das enorme Anschwellen der Ärztezahl, die ihren inneren Grund in der Aufhebung des Kurpfuschereigebots durch die Gewerbeordnung von 1869 und der Aussicht auf eine gute Einnahmequelle durch die Einführung der Krankenversicherung in den achtziger Jahren hatte. Aus diesen gedrängten Verhältnissen erklärt sich der Wunsch des Leipziger Ärzteverbandes leicht, das Kassenarztsystem zu beseitigen und die beschränkte Ärztewahl gesetzlich als System festgelegt zu wissen. Der Vorteil für die Ärzte ist leicht ersichtlich. Dadurch, daß jedem Arzt, der sich auf bestimmte Normativbestimmungen verpflichtete, die Möglichkeit offen stand, Kassenpraxis zu betreiben, wurde die persönliche Abhängigkeit des Kassenarztes, die unlautere Konkurrenz um die Kassenarztstelle und damit auch die Ausübung eines Druckes auf die Höhe des Honorars beseitigt. Gleichzeitig konnte der Versicherte den Arzt seines Vertrauens wählen. Diesen im Interesse der Ärzte wohl anzuerkennenden Vorteilen stehen aber bedenkliche Nachteile gegenüber. Die Ausgaben sind — durch das System bedingt — höher als sonst. Dazu liegt in der Möglichkeit, sich den Arzt seines Vertrauens zu wählen, die Gefahr für die Versicherten vor, den Arzt zu wählen, der ihren Wünschen für eine ausgedehnte Krankenbehandlung am meisten entgegenkommt. Daß hierdurch das Simulantentum gefördert, die nachgiebigsten Ärzte bevorzugt und die Klasse der Ärzte in die Abhängigkeit der Versicherten versinkt, dürfte auf der Hand liegen. Diese Momente treten aber in ihrer Bedeutung zurück vor der einen Tatsache, daß bei einer gesetzlich beschränkten freien Ärztewahl die Krankenkassen den Ärzten sozusagen ausgeliefert werden. Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten Ärztebehandlung gewähren; die Ärzte sind zu der Krankenbehandlung nicht verpflichtet. Aus dieser Zwangslage der Krankenkassen ergibt sich, daß sie sich mehr oder weniger von den Ärzten des Bezirks, die

entweder durch ihren Verband oder sich sonst zu einer einheitlichen Vertretung ihrer Interessen zusammenfinden würden, die Vertragsbedingungen vorschreiben lassen müßten. Ihres bisher wirksamen Mittels, mit der Einführung des Kassenarztsystems zu drohen und so einen gewissen Druck auf annehmbare Forderungen auszuüben, wären sie beraubt und damit in eine schwächere Stellung den Ärzten gegenüber geraten. Dieser ausschlaggebende Faktor hatte zur Ablehnung der gesetzlich beschränkten freien Ärztewahl seitens der Regierung geführt, und damit zur gesetzlichen Gleichberechtigung beider Systeme, zur Gleichstellung von Kassen und Ärzten. Für die neue Gestaltung konnte nur ein Gesichtspunkt maßgebend sein: keine Beeinträchtigung der Interessen der Ärzte, aber auch nicht zu ihren Gunsten eine unmittelbare Gefährdung der Lebensinteressen der Krankenkassen. Aus diesem Gedanken heraus erwuchs der Vorschlag für die Festsetzung eines Tarifvertrags. Zur Einführung eines jeden der beiden Systeme sollte ein schriftlicher Vertrag erforderlich sein. Der E. unterschied zwischen dem allgemeinen Ärztevertrag, der Grundlage für die beschränkt freie Ärztewahl und dem mit bestimmten Ärzten abgeschlossenen besonderen Arztvertrag. Um die Unterlagen für die Verträge festzusetzen, den Abschluß von Verträgen zu erleichtern oder herbeizuführen, sowie Streitigkeiten aus den Verträgen zu schlichten, waren Vertragsausschüsse vorgesehen, die unmittelbar aus Wahlen der Kassen und interessierten Ärzte hervorgehen sollten. Sie sollten vor allem bestimmte Grundsätze für die Verträge, z. B. über Höhe und Art des Entgelts für die ärztlichen Leistungen, ausarbeiten. Sollten diese Grundsätze nicht zustande kommen, so sollte die höhere Verwaltungsbehörde sie festsetzen, ebenso, falls man sich für die Wahl des Vertragsausschusses nicht einigen konnte, oder dieser die Erfüllung seiner Aufgaben weigern sollte. War eine Einigung auch auf Grundlage der Grundsätze nicht zu erzielen, so konnten, falls der Abschluß eines allgemeinen Arztvertrages in Frage kam, beide Teile einem gewählten Schiedsausschuß die Vermittlung übertragen oder statt dessen den Vertragsausschuß als Einigungsamt anrufen; dieses letztere Recht bestand auch für den Fall der mangelnden Einigung beim Abschluß eines besonderen Ärztevertrags. Der Schiedsausspruch sollte die-

selbe Bedeutung wie der des Einigungsamts nach dem Gewerbegerichtsgesetz haben. Ein Schweigen innerhalb einer bestimmten Frist nach Bekanntmachung des Schiedsspruchs sollte als Ablehnung gelten. Als letztes Mittel zur Einigung konnte die Drohung, das Kassenarztsystem einzuführen, dienen und als notdürftigster, nicht sehr erwünschter Ausweg, anstatt der Krankenkilfe einen Barbetrag zu gewähren, mit dem der einzelne sich die ärztliche Hilfe selbst verschaffen konnte. War nun ein allgemeiner Arztvertrag erreicht, so konnte jeder approbierte Arzt, der im Bereiche der Kasse wohnte, 1. Kassenmitglieder behandeln, wenn er dem Vertrage schriftlich beitrat, 2. vom Beitritt nur ausgeschlossen werden, wenn ein wichtiger Grund vorlag [1]). Die aus den abgeschlossenen Verträgen entstehenden Streitigkeiten mußten dem Vertragsausschuß vorgetragen werden. All diese Ideen sind bei dem Widerstreit der Ansichten nicht Gesetz geworden mit Ausnahme der Gleichberechtigung beider Arztsysteme und der Schriftlichkeit des Arztvertrages (§ 368). Auch ist die Möglichkeit geblieben, im Notfall bares Geld anstatt Krankenhilfe zu gewähren, ein Mittel, das im Interesse der Versicherten unerwünscht erscheint, da dieses Geld häufig nicht für Krankenzwecke ausgegeben werden wird, andererseits auch in seiner beabsichtigten Wirkung, einen Druck auf die Ärzte auszuüben, als wenig aussichtsreich erscheint. Neben diesen dem KrVG unbekannten Bestimmungen ist ferner noch neu eingeführt, das Recht der Auswahl mindestens zwischen zwei Ärzten und bei Selbstübernahme der Mehrkosten das Recht der freien Wahl unter den Kursprengelärzten (§ 369), wie das Privileg öffentlicher Krankenhäuser (§ 371 II).

I. Verhältnis der KrK zu Ärzten. 1. Abschluß. § 368. Die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und Ärzten werden durch schriftlichen Vertrag geregelt. Das Bestehen eines schriftlichen Vertragsverhältnisses ist demnach unbedingte Voraussetzung für die Tätigkeit der Ärzte. Das Vertragsverhältnis kann das Kassenarztsystem oder die freie Ärztewahl zum Inhalt haben; keinem System ist ein Vorzug eingeräumt. Unter der freien Arzt-

1) Bei zustande gekommenen besonderem Arztvertrag sind die Verhältnisse klar.

wahl wird aber im Sinne der RVO nicht die unbeschränkte freie verstanden, daß der Versicherte frei nach seinem Belieben jeden Arzt wählen kann, vielmehr die beschränkt freie Arztwahl, die sich in zwei Arten scheidet. Ist die Zulassung zur Kassenpraxis nur unter der Voraussetzung der Anerkennung bestimmter vertraglicher Bedingungen möglich, so liegt eine „bedingt freie Arztwahl" vor. Ist die Zulassung dagegen von der Zugehörigkeit zu einer ärztlichen Organisation, die ihrerseits wieder in einem Vertragsverhältnis zur Kasse steht, abhängig, so spricht man von einer „organisiert freien Arztwahl". Beiden Arten ist gemeinsam, daß der Kreis der Ärzte für die Wahl der Versicherten beschränkt ist. Sie unterscheiden sich dadurch, daß in dem einen Fall lediglich die Anerkennung der vertraglichen Bestimmungen erforderlich ist, während in dem anderen Fall die Zugehörigkeit zu der Ärzteorganisation die Voraussetzung der Anerkennung und damit des Tätigwerdens bildet. Das charakteristische Merkmal für das Kassenarztsystem zum Unterschied von der organisiert freien Wahl liegt in der Anstellung der Ärzte seitens des Vorstands, bei der organisiert freien Wahl in der Zulassung zur ärztlichen Organisation. Zum Abschluß von Verträgen kann der Vorstand angehalten werden, eventuell wird der Abschluß durch die Aufsichtsbehörde selbst herbeigeführt (§§ 31, 379 II). Bei unannehmbaren Forderungen der Ärzte kommt § 370 zur Anwendung. Ist ein Vertrag abgeschlossen, so kann die Kasse die Bezahlung anderer Ärzte, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen (§ 368) und zwar ohne besondere Ermächtigung der Satzung; sie braucht es aber nicht, hat es somit in der Hand, in Wirklichkeit unbeschränkt freie Arztwahl einzuführen.

2. Auswahl. § 369. Stets soll den Mitgliedern ohne besondere Unkosten ihrerseits die Auswahl zwischen mindestens zwei Ärzten freigelassen werden, soweit es die Kasse nicht erheblich mehr belastet. Ist der Kassenbezirk in Kursprengel eingeteilt, so kann der Versicherte an Stelle seines Bezirksarztes einen anderen unter den von den Kassen bestellten Ärzten wählen, falls er die Mehrkosten trägt. Eine Verpflichtung des nicht zuständigen Kursprengelarztes zur Behandlung besteht nicht, es sei denn, daß eine vertragliche Bindung hierzu bestünde. Die Mehrkosten können nur von

dem Versicherten verlangt werden auf Grund des privatrechtlichen Schuldverhältnisses, während die übrigen Kosten von der Kasse eingeklagt werden können. Eine Einschränkung erleidet aber unter Umständen dieses Recht auf Auswahl. Die Satzung kann nämlich bestimmen, daß der Behandelte während desselben Versicherungsfalls — nicht etwa derselben Krankheit — oder Geschäftsjahrs [1]) den Arzt nur mit Zustimmung des Vorstandes wechseln darf; der Zweck ist, einen etwaigen Versuch der Verschleierung der Arbeitsfähigkeit durch häufigen Arztwechsel zu verhindern.

3. Barleistungen. § 370. Von dem Grundsatz, daß die Kassenleistungen prinzipiell in natura zu gewähren sind, ist im äußersten Notfalle bei einem die Kasse gefährdenden Verhalten der Ärzte eine Ausnahme zulässig. Statt Krankenpflege oder der sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung kann die Kasse eine bare Leistung bis zur gesetzlichen Höchstgrenze von ⅔ des Durchschnittsbetrags ihres gesetzlichen Krankengeldes gewähren unter folgenden Voraussetzungen: 1. Unmöglichkeit, einen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten zu schließen. Angemessen sind die Bedingungen, die der Kasse billigerweise zugemutet werden können. Das OVA entscheidet hierüber. 1 a) Oder Nichterfüllung des Vertrags seitens der Ärzte. 2. Ernstliche Gefährdung der ärztlichen Versorgung. 3. Antrag der Kasse auf Befreiung von der Naturalleistungspflicht an das OVA. 4. Ermächtigung des OVA (Beschlußkammer). Die Ermächtigung wird widerruflich erteilt; sofern nämlich die Möglichkeit besteht, angemessene Vertragsbedingungen zu erzielen, hat das OVA ex officio zu widerrufen. Mit der Ermächtigung kann die Höhe der Barleistung unter Berücksichtigung der Art der Krankheit und dem Grade der Arbeitsunfähigkeit durch das OVA selbst festgesetzt werden; es kann die Festsetzung aber auch dem Kassenvorstand überlassen.

Um die Durchführung dieser Barleistungen gegenüber etwaigen hindernden Maßnahmen der Ärzteschaft zu sichern, kann das OVA (Beschlußkammer) zugleich bestimmen, 1. wie der Zu-

---

1) § 164.

stand dessen, der die Leistungen erhalten soll, anders als durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden darf, falls nämlich die Ärzte sich zur Ausstellung der Krankheitsbescheinigungen weigern sollten, 2. daß die Kasse ihre Leistungen solange einstellen oder zurückbehalten darf, bis ein ausreichender Nachweis erbracht ist, 3. daß die Leistungspflicht der Kasse erlischt, wenn binnen einem Jahr nach Fälligkeit des Anspruchs kein ausreichender Nachweis erbracht ist, 4. daß die Kasse diejenigen, denen sie ärztliche Behandlung zu gewähren hat, in ein Krankenhaus verweisen darf, auch wenn die Voraussetzungen des § 184 III nicht vorliegen.

Im Fall des I und II des § 370, also bei Ablehnung des Antrags auf Befreiung, wie bei Nichterlaß der Schutzbestimmungen hat der Kassenvorstand die Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde. Ob den Ärzten ein gleiches Recht zusteht, ist nicht hervorgehoben, also für sie ausgeschlossen, wenn man den Schluß e contrario zieht.

II. Zu Krankenhäusern. Krankenhausbehandlung. § 371. Die Wahl des Krankenhauses steht dem Versicherten frei. Die Satzung kann jedoch — wie bisher — den Vorstand ermächtigen, 1. die Krankenhausbehandlung nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren [1]), 2. und, wo die Kasse Krankenbehandlung zu gewähren hat — das sind die Fälle der erweiterten Krankenfürsorge (§§ 429, 433 und 487) —, die Bezahlung anderer Krankenhäuser abzulehnen, von dringenden Fällen abgesehen [2]). Diese Ermächtigung des Vorstandes unterliegt einer gesetzlichen Beschränkung. Zu Gunsten der öffentlichen Krankenhäuser besteht ein Privileg. Die Krankenhäuser nämlich, die lediglich zu wohltätigen oder gemeinnützigen Zwecken bestimmt, oder von öffentlichen Verbänden oder Körperschaften errichtet und die bereit sind, die Krankenhauspflege zu den gleichen Bedingungen

---

1) Wenn die Kasse z. B. gemäß §§ 184, 370 II Z. 4 Krankenhausbehandlung gewähren will.

2) In allen anderen Fällen, wo keine Verpflichtung zur Krankenhausbehandlung besteht, kann die Bezahlung der Krankenhauskosten stets abgelehnt werden.

wie die anderen Krankenhäuser zu leisten, können nur aus einem wichtigen Grund [1]) mit Zustimmung [2]) des OVA ausgeschlossen werden [3]). Eine entsprechende Verpflichtung zur Aufnahme der Kassenpatienten besteht nicht.

III. Einschreiten des OVA. § 373. Bisher war ein Einschreiten der höheren Verwaltungsbehörde bei mangelnder Krankenfürsorge nur auf Antrag von mindestens 30 beteiligten Versicherten möglich (§ 56a KrVG). Jetzt greift das OVA ohne solchen nach pflichtgemäßem Ermessen ein, weil die Wahrung der öffentlichen Interessen unmittelbar staatliche Aufgabe ist und nicht von einer willkürlichen Zahl von Kassenmitgliedern abhängig gemacht werden soll. Genügt nämlich die ärztliche Behandlung oder Krankenhauspflege nicht den berechtigten Anforderungen der Erkrankten, so kann das OVA [4]) nach Anhören der Kasse jederzeit anordnen, daß diese Leistungen noch durch andere Ärzte oder Krankenhäuser zu gewähren sind. Die Anordnung muß eine Frist enthalten. Dagegen sind dem Inhalt der Anordnung keine bestimmten Grenzen gezogen; nur darf die Anstellung von namentlich bezeichneten Ärzten nicht verlangt werden. Da die Anordnung einen erheblichen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht bedeutet, soll sie nur auf so lange getroffen werden, wie es ihr Zweck fordert, und bedarf, wenn sie über ein Jahr gelten soll, der Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde. Wird diese nicht eingeholt, so wird die Anordnung unwirksam. Das Beschwerderecht steht der Kasse gemäß § 373 II zu. Wird die Anordnung nicht binnen der gesetzten Frist befolgt, so kann das OVA selbst das Erforderliche auf Kosten der Kasse veranlassen. Verträge, welche die Kasse mit Ärzten oder Krankenhäusern bereits geschlossen hat, bleiben unberührt. Die Kasse hat gegen diese Anordnungen und Maßnahmen binnen einer Woche die Beschwerde bei der obersten Verwaltungsbehörde, während bisher eine solche unzulässig war.

---

1) § 626 BGB.

2) § 324 III.

3) § 184 V greift nicht Platz, da § 371 vorbehalten ist.

4) Wofern es nicht dem Antrag auf Befreiung von der Naturalleistungspflicht nach § 370 stattzugeben hat.

IV. Zu Zahnärzten. § 374. Für die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten gelten die Vorschriften über die Schriftlichkeit des Vertrags und die Anordnung des OVA bei ungenügender ärztlicher Behandlung (§§ 368, 372, 373). Keine entsprechende Anwendung finden dagegen die Vorschriften 1. über das Recht zur Auswahl zwischen mindestens zwei Ärzten (§ 369), da diese Vorschrift an einzelnen Orten wegen Mangel an Zahnärzten gar nicht durchführbar wäre. 2. Über die Befreiung von Naturalleistungspflicht (§ 370). Hier kann im Notfall durch andere Ärzte ausgeholfen werden.

Verhältnis zu Apotheken. Ganz ähnlich wie bei den Ärzten lagen die Verhältnisse der Kassen zu den Apotheken. Durch den Abschluß von Verträgen der Krankenkassen mit bestimmten Apotheken, wozu die Kassen nach § 26 a 2 b KrVG ermächtigt waren, waren die übrigen von den Arzneilieferungen ausgeschlossen. Der Vorteil lag für die Kassen in günstigeren Preisbedingungen, der Nachteil für die Apotheken in Existenzschwierigkeiten, da sie auf räumlich abgegrenzte Bezirke angewiesen sind, für die Versicherten in häufigen Unbequemlichkeiten, z. B. wegen der Entfernung. Ein billiger Ausgleich ist durch die gesetzliche Einführung der beschränkt freien Apothekenwahl erzielt worden; d. h. für den Fall, daß mit einzelnen Apothekenbesitzern Verträge abgeschlossen werden, haben die übrigen Apothekenbesitzer das Recht des Beitritts unter gleichen Bedingungen. Der Ausschluß von einzelnen Apotheken ist damit unmöglich gemacht. Werden überhaupt keine Verträge mit einzelnen Apotheken abgeschlossen, so sind alle gleichberechtigt und bedurfte es keiner gesetzlichen Regelung. Wie das Interesse aller Apotheken, so wird auch das der Kassen geschützt. Weil sie jetzt nicht mehr zu so günstigen Bedingungen Vereinbarungen treffen werden wie früher, wo von einer Apotheke alle Medikamente bezogen wurden, wird ihnen zum Ausgleich hierfür gesetzliche Preisermäßigung durch einen Abschlag auf die Arzneitaxe gewährt (§ 376). Neben dieser Regelung des Verhältnisses der Krankenkassen zu den Apotheken ist die bisher strittige Frage, ob die Kasse ihren Mitgliedern unmittelbar Arznei liefern darf, unentschieden geblieben.

1. Beschränkt freie Apothekenwahl. § 375. Die Satzung kann den Vorstand ermächtigen, innerhalb des Kassenbereichs [1]) oder mit Genehmigung des VA [2]) darüber hinaus wegen Lieferung der Arznei mit einzelnen Apothekenbesitzern oder -verwaltern oder, soweit es sich um die dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel handelt, auch mit anderen Personen, z. B. Drogisten, die solche feilhalten, Vorzugsbedingungen zu vereinbaren. Ein Beitrittsrecht in den Vertrag steht allen Apothekenbesitzern und -verwaltern im Bereiche der Kasse zu, nicht dagegen „den anderen Personen", weil es bei den Arzneimittelhändlern an jeder Garantie für die Güte der Ware im Gegensatz zu den Apotheken fehlt, und daher eine Zulassung gegen den Willen der Krankenkassen als bedenklich erscheint. Den Interessenten muß ein Einblick in den Inhalt der Verträge gewährt werden, dagegen besteht eine Mitteilungspflicht der Kassen nicht.

Sind Verträge mit Apotheken bezw. anderen Personen (Drogisten) abgeschlossen, so kann der Vorstand die Bezahlung der von anderer Seite gelieferten Arznei ablehnen, abgesehen von dringenden Fällen und vorbehaltlich des § 376 III. Genügt die Arzneiversorgung, die eine Kasse gewährt, nicht den berechtigten Anforderungen der Erkrankten, z. B. bei zu großer Entfernung der Verkaufsstelle vom Wohnort, so kann das OVA nach Anhören der Kasse anordnen, daß die Arzneilieferung durch andere Apotheken erfolgt (§§ 377, 373).

2. Abschlag. § 376. Durch die Einführung der beschränkt freien Apothekenwahl werden die Krankenkassen zu weniger günstigen Bedingungen als früher Verträge abschließen müssen. Um die Krankenkassen zu Gunsten der Apotheken nicht zu benachteiligen, muß daher auch mit Rücksicht auf den Zweck der Krankenkassen und die wirtschaftliche Lage ihrer Mitglieder den Krankenkassen für die Arznei ein Abschlag von den Preisen der Arzneitaxe gewährt werden. Die oberste Verwaltungsbehörde bestimmt seine Höhe; sie kann den Abschlag für die einzelnen Apo,

---

1) Dieser Begriff umfaßt nicht nur Beschäftigung, sondern auch Wohnort der Kassenmitglieder.

2) Bei Versagung Beschwerde, nach § 1792.

theken davon abhängig machen, daß die Kasse aus ihnen mindestens zu einem bestimmten Betrage bezieht, auch die Höhe des Rabatts nach der Höhe des Umsatzes abstufen. — Neben dieser Festsetzung des Abschlags durch die oberste Verwaltungsbehörde setzt die höhere Verwaltungsbehörde die Höchstpreise für die Handverkaufsartikel fest, das sind die einfachen Arzneimittel, die sonst (das ist nach Ortsgebrauch an das Publikum) ohne ärztliche Verschreibung im Handverkauf abgegeben zu werden pflegen. Bei der Festsetzung sind die örtlichen Verhältnisse und die im Handverkauf üblichen Preise zu berücksichtigen. Diese Höchstpreise dürfen den Betrag nicht übersteigen, der sich nach Abzug des Abschlags für die Arzneien ergibt. Die oberste Verwaltungsbehörde kann näheres bestimmen. Die Berechtigung dieser Vorschrift ergibt sich aus der Notwendigkeit der Krankenkassen, Handverkaufsartikel im Rezepturwege durch ihre Mitglieder einkaufen zu lassen, um durch die Rezepte die nötige Kontrolle den Kranken wie den Apotheken gegenüber zu haben. Infolgedessen müssen die Krankenkassen für die Handverkaufsartikel, die gegen Barzahlung ohne Hingabe eines Rezepts wesentlich billiger sind, höhere Auslagen als das sonstige Publikum machen. So ist durch diese Vorschrift ein billiger Ausgleich für diesen ungerechtfertigten Verdienst der Apotheken geschaffen. Im übrigen kann die Mühewaltung der Apotheken bei diesem Rezeptverfahren wie die Buchung, Aufbewahrung der Belege und der Zinsverlust, auch seinen angemessenen Ausdruck bei der Festsetzung der Höchstpreise finden. — Diese Handverkaufsartikel können selbstverständlich stets von sämtlichen Apotheken und Arzneimittelhändlern, die mit der Kasse im Vertragsverhältnis zu den festgesetzten Höchstpreisen bezogen werden, ausnahmsweise aber auch aus einer Apotheke, wenn Verträge mit Personen, die nicht Apothekenbesitzer oder -verwalter sind, zu niedrigeren Preisen als die gestzlichen Höchstpreise abgeschlossen sind. Bei einem derartigen Bezug kann die Kasse die Bezahlung nicht ablehnen, wenn der Berechtigte die Handverkaufsartikel zu einem Preise, der die Höchstpreise nicht übersteigt, bezieht, und die höhere Verwaltungsbehörde die Bezahlung angeordnet hat.

Fünfter Abschnitt.

Aufsicht.

Nach § 44 des KrVG wurde die Aufsicht über Ortskrankenkassen eines Bezirks mit mehr als 10 000 Einwohnern durch die Gemeindebehörde, im übrigen durch die seitens der Landesregierung zu bestimmenden Behörden wahrgenommen. Seitens der höheren Verwaltungsbehörde wurde die Oberaufsicht geführt. Jetzt liegt die unmittelbare Beaufsichtigung der Krankenkassen ohne Rücksicht auf ihre Größe dem Versicherungsamte, d. i.: dem Vorsitzenden, ob. Ein Oberaufsichtsorgan ist der RVO unbekannt. Das OVA, das an die Stelle der höheren Verwaltungsbehörde getreten ist, übt Aufsichtsrechte nur als Beschwerdeinstanz aus, mit Ausnahme der Fälle, in denen die Krankenpflege ungenügend ist (§§ 372—375). Hier greift das OVA selbst ein. Ein konkurrierendes Aufsichtsrecht des VA ist alsdann ausgeschlossen.

Dem VA steht als Aufsichtsbehörde die Beaufsichtigung der Krankenkassen (§ 377) und Kassenverbände (§ 413) zu, nicht dagegen der Kassenvereinigungen. Die Aufsichtsbefugnisse werden auf die Beobachtung von Gesetz und Satzung, der Dienst- und Krankenordnung, wie auf die Beaufsichtigung der Genesungsheime, Heil- und Pflegeanstalten, beschränkt (§§ 30, 34, 377). Die Entscheidung von Zweckmäßigkeitsfragen ist der Selbstverwaltung überlassen. Zur Durchführung des Aufsichtsrechts stehen ihr folgende Befugnisse zur Seite: die Aufsichtsbehörde kann 1. jederzeit die Geschäfts- und Rechnungsführung der Versicherungsträger prüfen. 2. Von den Mitgliedern seiner Organe, seiner Vertrauensmänner, Beamten und Angestellten, Vorlegung aller Bücher etc., sowie Mitteilung über alles verlangen, was zur Ausübung des Aufsichtsrechts gefordert wird. 3. Einberufung der Organe zu Sitzungen verlangen; wofern dem nicht entsprochen wird, kann sie

die Sitzungen selbst anberaumen und die Verhandlungen leiten. 4. Ordnungsstrafen bis zu 1000 Mark zur Befolgung des Gesetzes und der Satzung auferlegen (§§ 31, 32). 5.Solange der Vorstand oder sein Vorsitzender oder Ausschuß sich weigern, die ihnen obliegenden Geschäfte auszuführen, sie selbst ausführen oder durch Beauftragte auf Kosten der Kasse wahrnehmen (§ 379 II). Besondere Fälle der Weigerung sind in den §§ 282 II, 320 II, 326 II, 347 III genannt. Bei Übernahme der Geschäfte tritt das VA ganz an die Stelle des betreffenden Organs, dessen Rechte alsdann ruhen. 6. Solange die Wahlberechtigten sich weigern, zu den Kassenorganen zu wählen, die Mitglieder oder Vertreter bestellen. Für die Bestellung ist hier ausnahmsweise der Beschlußausschuß zuständig (§ 379 I). Die Bestellung ist nicht dauernd; in dem Augenblick, da die Wahlberechtigten ihre Pflichten erfüllen wollen, ist das Wahlverfahren einzuleiten. 7. Ordnungsstrafen bei Verletzung der An- und Abmeldepflicht verhängen (§ 530).

Sechster Abschnitt.

Aufbringung der Mittel.

Die Krankenkassen haben neben den Verwaltungskosten vor allem die ordentlichen Ausgaben zur Erfüllung ihres Lebenszwecks aufzubringen. Die Beschaffung der Mittel erfolgt in der Hauptsache durch die Erhebung der Beiträge, bei der der Grundsatz der Deckung des laufenden Bedarfs gilt. Im übrigen fließen die Mittel aus Zusatzbeiträgen, Zinsen der Rücklage, Ersatzleistungen, Ordnungs- und Geldstrafen.

Grundlegende Veränderungen sind in diesem Abschnitt gegenüber dem KrVG nicht zu verzeichnen, nachdem der Gedanke einer Gleichstellung der Arbeitgeber und Versicherten in der Verwaltung und dementsprechend auch die Hälftelung der Beiträge in den Kommissionen abgelehnt worden war. Neu sind folgende Bestimmungen: 1. Unmöglichkeit der Befreiung kleiner Arbeitgeber von

der Beitragspflicht (§ 381). 2. Wegfall des Eintrittsgeldes (§ 381). 3. Möglichkeit der Zugehörigkeit zu einer höheren Lohnklasse bei vorübergehend niedrigerem Lohnbezug (§ 382). 4. Möglichkeit einer höheren Bemessung der Beitragsteile des Arbeitgebers für einzelne Betriebe mit erhöhter Krankheitsgefahr (§ 384 I). 5. Möglichkeit der Erhöhung der Beiträge bei solchen Mitgliedern, für welche die Sonn- und Feiertage Arbeitstage sind, wenn die Satzung das Krankengeld nicht allgemein für Sonn- und Feiertage zubilligt (§ 384 III). 6. Endgültige Leistungspflicht des Gemeindeverbandes, falls die Regelleistungen nicht gedeckt werden können (§ 389 II).

Aufbringung. I. Beiträge. a) Aufbringung. § 380. Die Mittel für die KrV sind von Arbeitgebern und den Versicherten aufzubringen. Daher ist die Befreiung der sogen. Kleinmeister von der Beitragspflicht durch eine Satzungsbestimmung, wie § 51 KrVG es vorsah, nicht mehr möglich. Die Aufbürdung der ganzen Beitragslast auf den Versicherten, der sich auch wirtschaftlich nicht günstiger steht als der Kleinmeister, war der entscheidende Gesichtspunkt für die Aufhebung dieser Vorschrift. Weitgehende Rücksicht ist durch Art. 31 EG auf bestehende Satzungsbestimmungen genommen.

b) Verteilung der Beitragslast. § 381. Wie früher haben die Versicherungspflichtigen zwei Drittel, ihre Arbeitgeber ein Drittel der Beiträge zu zahlen, während die Versicherungsberechtigten, auch die freiwillig Weiterversicherten (§ 313) die Beiträge allein zu tragen haben. Beiträge in diesem Sinne sind nicht die Zusatzbeiträge für Familienhilfe, die von den Versicherten stets allein aufzubringen sind (§ 384 II). Eintrittsgelder werden nicht mehr erhoben.

c) Höhere Lohnklasse bei nicht entsprechendem Arbeitslohn. § 382. Da mit dem Sinken des Lohns auch die Höhe des Krankengeldes sinkt, so würden unbilligerweise alle die geschädigt werden, die Jahre hindurch hohe Beiträge entrichtet haben in Zeiten sinkender Konjunktur wegen ihres geringeren Lohnes und geringeren Beitragsleistung auch ein dementsprechendes geringeres Krankengeld erhalten. Daher kann zu ihrem Schutz die Satzung gestatten, daß Versicherte, die vorübergehend einen geringeren Lohn beziehen, in ihrer alten höheren Lohnklasse versichert bleiben, wenn

die Versicherten den Mehrbetrag des Beitrags einschließlich des auf den Arbeitgeber entfallenden Anteils an dem erhöhten Beitrag selbst übernehmen oder der Arbeitgeber zustimmt. Die Satzung kann dieses Recht noch an weitere Voraussetzungen knüpfen, z. B. daß der Versicherte für eine bestimmte Zeit in einer höheren Lohnstufe gewesen sein muß. Hierdurch werden Erschleichungen von höheren Kassenleistungen verhindert, wie ja auch gesetzlich durch das Erfordernis eines „vorübergehend" niedrigeren Lohnbezugs einer Schädigung der Kasse auf diese Weise vorgebeugt ist. Übernimmt der Versicherte den Mehrbetrag, oder stimmt der Arbeitgeber zu, so tritt der Kasse gegenüber keine Änderung der Lohnverhältnisse ein; es ist infolgedessen auch keine Meldung zu machen. Der gesamte Beitrag wird vom Arbeitgeber eingezahlt, und der ganze Mehrbetrag durch einen höheren Lohnabzug vom Arbeitgeber verrechnet, falls der Arbeitgeber nicht noch ein Drittel des Mehrbetrags freiwillig übernehmen will. Wird der höhere Beitrag auch nur einmal nicht bezahlt, so sinkt der Versicherte ohne weiteres in die seinem Arbeitsverdienst entsprechende niedrigere Lohnklasse.

d) Arbeitsunfähigkeit. § 383. Die Arbeitsunfähigen bleiben für die Dauer der Krankenunterstützung Kassenmitglieder (§ 311); sie sind aber von der Beitragspflicht befreit, ebenso wie die Arbeitgeber. Diese Vorschrift gilt sowohl für die Dauer der Krankenhilfe als auch während des Bezugs des Wochengeldes und Schwangerengeldes. Die Beiträge umfassen auch die vom Versicherten geleisteten Zusatzbeiträge für Familienangehörige (§ 384 II). Voraussetzung ist aber wie früher, daß der Versicherte selbst, nicht das Familienmitglied, arbeitsunfähig ist.

e) Abstufung. § 384. Zur Berücksichtigung der in einer allgemeinen Ortskrankenkasse vereinigten Berufszweige mit Betrieben mit geringerer oder höherer Krankheitsgefahr kann die Satzung mit Zustimmung des OVA die Höhe der Beiträge für Arbeitgeber und -nehmer nach den Erwerbszweigen und Berufsarten der Versicherten abstufen. Ein ähnliches Recht bestand bisher schon. Daneben war den Unternehmern von Betrieben mit besonderer Krankheitsgefahr gewissermaßen die Pflicht zur Errichtung von Betriebskrankenkassen zur Entlastung der übrigen

Betriebe einer Krankenkasse auferlegt (§ 61 KrVG). Diese Pflicht besteht wegen des herrschenden Zentralisationsgedankens nicht mehr. Als Ersatz hierfür kann die Satzung eine höhere Bemessung der Beitragsteile des Arbeitgebers — nicht auch des Arbeitnehmers — für einzelne Betriebe zulassen, soweit die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist. Dem Vorstand wird durch die Satzung eine allgemeine Ermächtigung zu erteilen sein, die Bemessung in den einzelnen Fällen festzusetzen, mit einer gleichzeitigen Regelung der Art der Fälle, der Grenzen der Höchstbelastung, des Zeitraums ihrer Gültigkeit und zweckmäiger Weise auch der Voraussetzungen für den Antrag auf Zurücknahme der Anordnung wegen eingetretener Betriebsveränderungen seitens des Arbeitgebers. Eine allgemeine Festsetzung durch die Satzung ist hier ja nicht möglich, weil es sich um unvorhersehbare Einzelfälle handelt. Die Festsetzung bedarf stets der Zustimmung des OVA (§ 324 III, IV). Ordnet der Vorstand auf Grund seiner Ermächtigung für einen Betrieb höhere Beiträge an, so hat der Arbeitgeber die Beschwerde an das VA. Im Rechtsweg entscheidet das OVA rechtsgültig. — Eine Erhöhung der Beiträge ist noch in einem weiteren Falle im Interesse der Kasse und der Versicherten möglich. Billigt nämlich die Satzung das Krankengeld nicht allgemein [1]) für Sonn- und Feiertage zu, so kann sie die Beiträge für solche Mitglieder entsprechend erhöhen, für welche die Sonn- und Feiertage Arbeitstage sind, z. B. für Dienstboten, Arbeiter im Wirtschafts- und Verkehrsgewerbe. Eine Erhöhung ihrer Beiträge rechtfertigt sich deshalb, weil diese an Sonn- und Feiertagen als Arbeitstage auch Krankengeld beziehen, während die übrigen bei gleicher Beitragsleistung nur für 6 Tage in der Woche ein solches erhalten. Ob die Kasse von ihrem Recht der Erhöhung Gebrauch machen wird, wird von der Zahl dieser Mitglieder abhängen. Bei einer geringeren Zahl tritt keine Schädigung der übrigen ein und wird eine Erhöhung unterbleiben. Hat sie von ihrem Recht Gebrauch gemacht, so ist zur Festsetzung die Zustimmung des OVA erforderlich.

f) Bemessung der Beiträge. § 385. Die Beiträge [2]) sind ein Prozentsatz des Grundlohns; sie sind so zu bemessen, daß sie, die

1) § 191 I.

2) Zusatzbeiträge gehören nicht dazu.

anderen Einnahmen eingerechnet, für die zulässigen Ausgaben [1]) der Kasse ausreichen. Zu anderen Zwecken darf die Kasse keine Beiträge erheben. Entstehen Zweifel darüber, ob die Satzung oder ihre Änderung die Beiträge vorschriftsmäßig bemißt, so läßt sie das OVA vor der Genehmigung sachverständig prüfen. Sind sie unzulänglich, so hängt die Genehmigung davon ab, daß die Beiträge erhöht oder die Leistungen bis auf die Regelleistungen gemindert werden.

g) Höhe. § 86. Die zulässige Höchstgrenze der Beiträge bei Errichtung der Kasse, 4½ %, ist dieselbe wie bisher geblieben. Nur der Ausdruck hat gewechselt. Bisher durften die Beiträge der Kassenmitglieder nicht 3 % übersteigen. Jetzt dürfen die Beiträge im ganzen, also der Arbeitgeber und -nehmer, nicht höher als 4½ % der Grundlohns bei der Errichtung festgesetzt werden, es sei denn, daß es zur Deckung der Regelleistungen erforderlich ist. Die Vorschrift gilt auch für freiwillig Versicherte, dagegen nicht für die Zusatzbeiträge (§ 384 II).

h) Spätere Erhöhung der Beiträge bezw. Ermäßigung. 1. Allgemeines. § 387. Wenn die Einnahmen der Kasse ihre Ausgaben einschließlich der Beiträge für die Rücklage nicht decken, so sind zwei Wege gegeben, um die Leistungsfähigkeit der Kasse auf die Dauer zu erhalten: entweder werden die Leistungen durch Satzungsänderungen bis auf die Regelleistungen gemindert oder die Beiträge erhöht; die Kasse hat die Wahl. In beiden Fällen ist nach § 321 Z. 2, 3 eine Satzungsänderung erforderlich (vgl. § 345). Die Frage der Deckung war bisher auf Grund von Jahresabschlüssen (§ 33 I KrVG) zu prüfen. Aus dem Wegfall dieser Bestimmung folgt, daß die Prüfung jetzt auch auf Grund eines Jahresabschlusses erfolgen kann.

2. Beitragserhöhung. § 388. Eine spätere Erhöhung der Beiträge über 4½ % des Grundlohns ist nur zur Deckung der Regelleistungen oder auf übereinstimmenden Beschluß, also getrennte Abstimmung, der Arbeitgeber und Versicherten im Ausschuß möglich.

3. Erhöhung über 6 %. § 389. Decken auch Beiträge von 6 % des Grundlohns die Regelleistungen nicht, so können die Bei-

1) §§ 363, 364.

träge wie bisher nur auf übereinstimmenden Beschluß der Arbeitgeber und Versicherten im Ausschuß noch weiter erhöht werden. Kam ein solcher Beschluß nicht zustande, so hatte nach § 47 II, III KrVG die Schließung der Krankenkasse zu erfolgen. Die Mitglieder wurden anderen Krankenkassen, subsidär der Gemeindekrankenversicherung zugewiesen. Eine Schließung ist jetzt nur noch möglich bei einer Teilortskrankenkasse und einer besonderen Ortskrankenkasse (§§ 267 II, 269 II Z. 2), dagegen nicht bei einer für den ganzen Bezirk eines VA errichteten allgemeinen Ortskrankenkasse. Für letztere wurde ein anderer Ausweg gefunden, der auch für die Teilortskrankenkassen und die besonderen Ortskrankenkassen nach der Absicht des Gesetzes als die regelmäßige Form der Abhilfe erscheint. Es soll zunächst nach §§ 265, 268 eine freiwillige Vereinigung erzielt werden. Sonst hat das OVA die Vereinigung mit anderen Ortskrankenkassen zu veranlassen. Hat die Vereinigung stattgefunden, so ist zunächst zu prüfen, ob die Beiträge der vereinigten größeren Kasse in Höhe von 6 % des Grundlohns zur Deckung der Regelleistungen ausreichen. Ist dies nicht der Fall, so hängt eine Erhöhung nach § 389 I von dem übereinstimmenden Beschluß der Gruppen im Ausschuß ab. Wird die Erhöhung im Ausschuß abgelehnt, so hat der Gemeindeverband die erforderliche Beihilfe aus eigenen Mitteln zu leisten, ohne daß ihm ein Regreßanspruch gegeben ist[1]). Solange diese Beihilfe geleistet wird, kann er zur Wahrung seiner Interessen einem Vertreter das Amt des Kassenvorsitzenden übertragen, jedoch nicht auf Kosten der Kasse, wie im § 329 II. Dieser Vertreter hat sämtliche Rechte und Pflichten des Vorstandes. Die Folge dieser Bestellung ist, daß das Wahlrecht der Kasse auf einem Vorsitzenden ruht und ein vom VA nach § 329 bestellter Vertreter sein Amt niederzulegen hat. In besonders dringlichen Fällen würde das eben geschilderte Verfahren (§§ 387 ff.) unter Umständen nicht die Kasse vor dem Verfall retten können. Daher wird hier durch das VA eingegriffen:

4. Vorläufige Verfügung des VA in eiligen Fällen. § 391. Muß nämlich eine Kasse, um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten

1) Es handelt sich um eine Zuschuß-, keine Vorschußpflicht.

oder herzustellen, schleunig ihre Einnahmen vermehren oder ihre Ausgaben vermindern, so kann das VA (Beschlußausschuß) vorläufig verfügen, und zwar bis zur satzungsmäßigen Neuregelung im Wege der §§ 387 ff., daß soweit erforderlich, die Beiträge erhöht, wie auch die Leistungen bis auf die Regelleistungen gemindert werden; laufende Leistungen bleiben unberührt. Auf Beschwerde entscheidet das OVA endgültig.

5. Ermääigung der Beiträge. § 392. Umgekehrt sollen auch keine unnötigen Kapitalien angesammelt werden. Übersteigen daher die Einnahmen der Kasse die Ausgaben, so sind, falls die Rücklage das Doppelte des gesetzlichen Mindestbetrags erreicht hat, durch Satzungsänderung diese Beiträge zu ermäßigen oder die Leistungen zu erhöhen, widrigenfalls das OVA eingreift (§ 326 III).

II. Zusatzbeiträge. § 384 II, IV. Zusatzbeiträge können Kassen, die nach ihrer Satzung Familienhilfe gewähren, von den Versicherten mit Familienangehörigen erheben. Den Zusatzbeitrag hat die Satzung allgemein festzustellen [1]), und zwar bedarf die Festsetzung der Zustimmung [2]) des OVA. Für die Zusatzbeiträge gelten sämtliche unter I genannten Vorschriften nicht, mit der einen Ausnahme, daß bei Arbeitsunfähigkeit des Kassenmitgliedes — nicht der Familienangehörigen — die Zusatzbeiträge nicht entrichtet zu werden brauchen (§ 383). Daher hat vor allem der Versicherte ganz allein die Zusatzbeiträge zu tragen.

III. Rücklage. § 364. Zu den Mitteln gehört auch die Rücklage in Mindesthöhe der Jahresausgabe einschließlich ihrer Zinsen.

IV. Ersatzleistungen. An Ersatzleistungen kommen in Betracht 1. die Kostenerstattung bei Leistungen an Kranke, die sich außerhalb des Kassenbezirks aufhalten (§ 222). 2. Die Ersatzleistungen der Genossenschaften bezw. der Unternehmer (§ 576). 3. Ersatz des Aufwands durch die Gemeinde bei Übernahme der Krankenhilfe, die sonst der Gemeinde während den ersten 13 Wochen nach dem Unfall zusteht (§ 944 III LUVG). 4. Die Er-

---

1) § 321 Z. 3.
2) § 324 III, IV.

satzleistungen, die sich aus den Beziehungen der Versicherungsträger zueinander ergeben (§ 1501).

V. Strafgelder. Folgende Strafgelder fließen in die Krankenkassen:

1. wegen Wahlablehnung eines Ehrenamts (§ 18),
2. wegen Pflichtentziehung des Vorstandes (§ 19),
3. die Ordnungsstrafen des Vorstandes (§ 29),
4. die Ordnungsstrafen wegen Verletzung der Meldepflicht (§ 530),
5. Strafgelder der Genossenschaftsvorstände (§§ 914, 1045, 1224).

Zahlung der Beiträge. Streitigkeiten. Auch die Vorschriften über die Einzahlung der Beiträge sind in ihren wesentlichen Grundzügen dieselben geblieben. An Neuerungen sind hervorzuheben: 1. Recht der obersten Verwaltungsbehörde auf Regelung der Rückerstattung von Beiträgen Versicherungspflichtiger, die Sachbezüge als Entgelt erhalten oder denen Geld von Dritten gewährt wird (§ 394 II). 2. Abschlagszahlungen gelten bei Dienstboten nicht als Lohnzahlungen (§ 395 II). 3. Antragsrecht der Arbeitgeber auf Verteilung der Beiträge an das VA bei Vorliegen mehrerer versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisse (§ 396). 4. Möglichkeit der Aufhebung einer Anordnung, daß Arbeitgeber im Falle der Zahlungsunfähigkeit nur ihren Beitragsteil zu entrichten haben, bei dem Nachweis der Erfüllung ihrer rückständigen Verpflichtungen (§ 401). 5. Recht auf Vorschußleistung der Krankenkasse gegenüber dem Arbeitgeber (§ 403). 6. Möglichkeit der Einrichtung von Meldestellen zu Zahlstellen (§ 404).

Eine völlige Umgestaltung im Gegensatz zu diesen materiellrechtlichen Vorschriften haben jedoch die Bestimmungen über die Zuständigkeit der Behörden bei Streitigkeiten erfahren. Bisher konnten bei Streitigkeiten zwischen Arbeitgeber und seinem Beschäftigten über die Berechnung und Anrechnung seiner Beitragsteile die reichsgesetzlichen, bezw. die landesrechtlichen Gewerbegerichte, die Innungsschiedsgerichte, die Innungen, Kaufmannsgerichte, die ordentlichen Gerichte je nach dem zuständig sein. Jetzt entscheidet stets der Beschlußausschuß des VA, und zwar endgültig. Wie bei den Streitigkeiten zwischen den Arbeitgebern und

-nehmern ist jetzt auch Einheitlichkeit geschaffen, falls die Krankenkassen einerseits und der Arbeitgeber oder Versicherte andererseits im Streite über das Versicherungsverhältnis, die Zahlung von Beiträgen liegen; während nach dem KrVG. die Aufsichtbehörde entschied und gegen die Entscheidung im ordentlichen Rechtsweg oder dem Verwaltungsstreitverfahren je nach den landesrechtlichen Vorschriften geklagt werden konnte, bleibt jetzt das VA (Beschlußausschuß) stets zuständig. Gegen dessen Entscheidung ist nur die Beschwerde an das OVA gegeben, und zwar entscheidet letzteres endgültig. Demnach ist das Verfahren wesentlich vereinfacht. Dem OVA glaubte man die endgültige Entscheidung in Fragen von so grundsätzlicher Bedeutung wie über das Versicherungsverhältnis ohne Gefährdung der Rechtseinheit übertragen zu können, da das RVA auf dem Gebiete der IV die Frage der Versicherungspflicht zu entscheiden hat und nach § 1799 eine Abgabe an das RVA vorgeschrieben ist, falls das OVA von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des RVA abweichen will.

1. Einzahlungspflicht. § 393. Die Einzahlungspflicht ist wohl von der Beitragspflicht zu unterscheiden. Die Einzahlungspflicht trifft den Arbeitgeber für seine Versicherungspflichtigen allein an den Tagen, welche die Satzung [1]) festsetzt, während die Versicherungsberechtigten an denselben Tagen ihre Beiträge einzuzahlen haben. Ausnahmsweise hat der Arbeitgeber auf Anordnung nur sein Drittel einzuzahlen (§ 398). Eine weitere Ausnahme besteht bei den unständig Beschäftigten (§§ 450 IV, 455), die ihren Beitragsteil selbst einzahlen, während die Arbeitgeber-Beitragsteile von dem Gemeindeverband zu zahlen sind (§ 453). Die Zahltage dürfen höchstens einen Monat auseinanderliegen, um nicht durch zu lange Zahlungsfristen Verluste an Zinsen oder infolge von Zahlungseinstellungen zu erleiden.

2. Zahlstellen. § 404. Die Einzahlung erfolgt bei der Kasse oder den Zahlstellen. Als solche können die Meldestellen oder Ortsbehörden eingerichtet werden, die alsdann gleichzeitig auch Leistungen auszahlen. Der Zweck der Zahlstellen ist, die für einen großen Teil der Arbeitgeber und Versicherten erwachsenden Un-

1) § 321 Z. 3.

beuemlichkeiten zu beseitigen, die bei Vergrößerung der Kassenbezirke mit der Entfernung von der Zentrale notwendig entstehen müssen. Auf Antrag aller, aber auch schon eines Teils der beteiligten Kassen kann das VA (Beschlußausschuß) die gemeinsamen Meldestellen zugleich als Zahlstellen bestimmen, welche Beiträge annehmen und Leistungen auszahlen. Ist der Antrag auch nur von einem Teil der beteiligten Kassen gestellten worden, so ist die Anordnung gleichwohl für alle Beteiligten bindend, und sind sie alle zur Tragung der Mehrkosten verpflichtet. Der Grund der Bindung für alle Kassen liegt in der Schwierigkeit der Berechnung der Mehrkosten für die zu Zahlstellen eingerichteten Meldestellen. Neben diesen Meldestellen kann aber auch das VA den Ortsbehörden mit Genehmigung ihrer Aufsichtsbehörden [1]) die Geschäfte der Zahlstellen übertragen.

3. Fort- und Rückzahlung. § 397. Die Beiträge sind bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung [2]) fortzuzahlen, und zwar ohne Rückerstattungsanspruch auch dann, wenn das versicherungspflichtige Arbeitsverhältnis bereits beendigt sein sollte. Der Zweck ist, die Arbeitgeber zu einer rechtzeitigen Abmeldung anzuhalten. Scheidet aber der Versicherte zwischen zwei Zahltagen aus der Beschäftigung aus und wird er rechtzeitig abgemeldet, so sind die vorausbezahlten Beiträge nach Verhältnis der Zeit zurückzuzahlen. Zur Erleichterung des Kassen- und Rechnungswesens kann die Satzung bestimmen, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben und zurückgezahlt werden. Zweckmäßig ist, zugleich festzusetzen, ob für die letzte Woche, in der die Abmeldung erfolgt, auch der Beitrag gezahlt werden soll.

4. Haftung. § 396. Die Arbeitgeber haften für die Einzahlung. Steht der Versicherte gleichzeitig in mehreren versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen, so haften die Arbeitgeber als Gesamtschuldner auch, wenn durch die überwiegende Beschäftigung nach § 309 die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer Kasse begründet wird, die dem Arbeitgeber an sich fremd ist. Das Wesen der Gesamtschuldnerhaftung besteht in der Verpflichtung eines

1) Das sind die Gemeindeaufsichtsbehörden.
2) § 317.

jeden Schuldners zur Zahlung der ganzen Schuld bezw. eines Teils je nach dem Wunsche des Gläubigers, während im Innenverhältnis, der Schuldner zueinander, eine verhältnismäßige Teilung der Schuld stattfindet und dementsprechend Regreßansprüche geltend gemacht werden können (§ 421 BGB). Es können jedoch von vornherein auf Antrag eines der Arbeitgeber die Beiträge durch das VA verteilt werden.

5. Unterstützung bei Einziehung. § 404 III. Bei der Einziehung der Beiträge kann das VA die Krankenkassen mit ihrer Zustimmung und unter Vereinbarung über die Kosten unterstützen [1]).

Die Gemeindeaufsichtsbehörde kann den geschäftsleitenden Beamten der Kasse nach Anhören der Kasse als Vollstreckungsbeamten bestellen.

6. Abzüge. § 394. Der Einzahlungspflicht der Arbeitgeber steht die Rechtspflicht der Versicherungspflichtigen gegenüber, sich bei der Lohnzahlung ihre Beitragsteile vom Barlohn abziehen zu lassen. Die Arbeitgeber dürfen die Beitragsteile nur auf diesem Wege wieder einziehen; m. a. W.: eine Klage auf Erstattung ist ausgeschlossen. Eine dieser Vorschrift entgegenstehende Vereinbarung ist nach § 139 nichtig. Diese Regelvorschrift des Abzugs vom Barlohn kann nicht zur Anwendung kommen, wenn das Entgelt nur aus Sachbezügen besteht oder von Dritten z. B. in Trinkgeldern gewährt wird. Bei diesen Lohnformen kann die oberste Verwaltungsbehörde — sie muß es aber nicht — neuerdings bestimmen, wie dem Arbeitgeber der Beitragsteil der Versicherungspflichtigen aus ihrem Entgelt zu erstatten ist. Erläßt die oberste Verwaltungsbehörde keine Bestimmung, so sind diese derart belohnten Personengruppen nicht beitragspflichtig.

Verteilung der Abzüge. § 395. Die Abzüge für Beitragsteile sind gleichmäßig auf die Lohnzeiten zu verteilen. Der Begriff der Lohnzeit deckt sich mit dem der Lohnzahlungsperiode, sodaß die Zeit einer Abschlagszahlung nicht unter diesen Ausdruck fällt, wie sich auch aus dem Absatz II des Paragraphen ergibt. Daher braucht bei Abschlagszahlungen nicht jedesmal eine Verrechnung

1) Vgl. § 115 II, § 347 IV.

der Beiträge stattzufinden. — Die auf die einzelnen Zahlungsperioden entfallenden Teilbeträge dürfen ohne Mehrbelastung der Versicherten auf volle 10 Pfennig abgerundet werden. Im übrigen ist die ungleichmäßige Verteilung der Beiträge unter Strafe gestellt (§ 532). Von dem Grundzug der gleichmäßigen Verteilung gibt es eine Ausnahme. Sind die Abzüge für eine Lohnzeit unterblieben, so dürfen sie nur bei der Lohnzahlung für die nächste Lohnzeit nachgeholt werden, wenn nicht die Beiträge ohne Verschulden des Arbeitgebers verspätet entrichtet worden sind. Aus dieser Bestimmung ist e contrario zu folgern, daß in diesem Fall ein Lohnabzug auf eine Abschlagszahlung ausgeschlossen ist und demgemäß durch vorzeitige Abschlagszahlungen unter Umständen das Recht des Arbeitgebers auf Lohnkürzung ganz oder teilweise untergegangen sein kann, falls durch den Rest der Lohnzahlung die Beiträge des Versicherten nicht mehr oder nur teilweise gedeckt werden. Besonders gesetzlich hervorgehoben ist nochmals, daß bei Dienstboten Abschlagszahlungen nicht als Lohnzahlungen gelten. Diese Bestimmung ist überflüssig, da Abschlagszahlungen auch in den übrigen Fällen nicht also Lohnzahlungen gelten [1]).

7. *Anordnung gegen zahlungsunfähige Arbeitgeber. a) Voraussetzungen. § 398.* Die Voraussetzungen einer solchen Anordnung zur Sicherung der Krankenkassen sind: 1. Verzug des Arbeitgebers bei Abführung der Beiträge und außerdem Feststellung der Zahlungsunfähigkeit in „einem" Zwangsbeitreibungsverfahren, nicht „im Zwangsbeitreibungsverfahren" (§ 52 a KrVG). Durch letzteren Unterschied im Ausdruck soll hervorgehoben werden, daß das Zwangsbeitreibungsverfahren nur aus irgend einem Grund, nicht etwa notwendig wegen der rückständigen Beiträge, stattgefunden haben muß. Zahlungsunfähigkeit ist selbstverständlich bei Zahlungseinstellung, aber auch bei vorliegendem Unvermögen, über flüssige Mittel zu verfügen, gegeben. 2.Antrag einer Ortskrankenkasse, d. i. des Vorstandes an das VA. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen kann das VA (Beschlußausschuß) widerruflich anordnen, und zwar nach pflichtgemäßem Ermessen, daß die Arbeitgeber nur ihren Beitragsteil einzuzahlen haben. Alsdann

1) Vgl. Köhler zu § 395.

müssen die von ihnen beschäftigten Versicherungspflichtigen ihren Beitragsteil an den Zahltagen selbst einzahlen [1]). Gegen die Anordnung hat der Arbeitgeber Beschwerde an das OVA (Beschlußkammer), das endgültig entscheidet. Bei Versagung der Anordnung steht dem Vorstand keine Beschwerde zu.

b) Inhalt der Anordnung. § 399. Die Anordnung muß den Arbeitgeber, für den sie gilt, nach Namen, Wohnort und Geschäftslokal bezeichnen. Sie wird ihm und — neuerdings — auch der Polizeibehörde [2]) seines Wohnortes und des davon etwa getrennten Betriebssitzes schriftlich mitgeteilt. Verlegt der Arbeitgeber seinen Wohnort oder Betriebssitz, so benachrichtigt die Polizeibehörde die für den neuen Wohnort oder Betriebssitz zuständige Behörde.

c) Aushang der Anordnung. § 400. Der Arbeitgeber hat die Anordnung durch dauernden Aushang in den Arbeitsstätten der von ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen bekannt zu machen und diese bei jeder Lohnzahlung darauf hinzuweisen, daß sie ihren Beitragsteil selbst einzuzahlen haben.

d) Aufhebung der Anordnung. § 401. Die Aufhebung der Anordnung erfolgt durch das VA (Beschlußausschuß), sobald ihm durch Bescheinigung des Kassenvorstandes nachgewiesen wird, daß alle rückständigen und fälligen Verpflichtungen des Arbeitgebers gegen die Kasse erfüllt sind. Eine Beschwerde ist bei Ablehnung der Aufhebung nicht gegeben.

8. Verpflichtung zahlungsunfähiger Arbeitgeber, gegen die eine Anordnung nicht erlassen ist. § 402. Sind die Voraussetzungen für eine Anordnung zwar gegeben, ist sie aber nicht getroffen worden, so haben die Arbeitgeber nicht das Recht des Lohnabzugs, sondern die Pflicht hierzu, ebenso wie zur Abführung des Betrags spätestens binnen drei Monaten an die berechtigte Kasse. Eine Zuwiderhandlung ist nach § 532 unter Strafe gestellt.

Vorschüsse. § 403. Diese Anordnung wird in vielen Fällen die Kasse nicht vor Schaden bewahren können, besonders wo die Zahlungsunfähigkeit immer erst vor Erlaß der Anordnung fest-

---

1) Die Durchführung dieser Anordnung ist durch eine Strafvorschrift gesichert (§ 532).

2) Diese Bestimmung ist dem § 104 des GUV entnommen.

gestellt sein muß. Zum weiteren Schutz der Kassen ist ihnen daher ein Recht auf Vorschüsse seitens des Arbeitgebers gegeben, wenn die Satzung mit Zustimmung [1]) des OVA die Voraussetzungen bestimmt hat, unter denen die Kasse die Vorschüsse einzahlen soll.

9. Verjährung. § 29. Der Anspruch der Versicherungsträger auf Rückstände verjährt, soweit sie nicht absichtlich hinterzogen worden sind, in zwei Jahren — früher einem Jahr — nach Ablauf des Kalenderjahres der Fälligkeit. Dagegen verjährt der Anspruch auf Rückerstattung von Beiträgen, die z. B. irrtümlich oder in zu hohem Betrage gezahlt sind, in 6 Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entrichtet worden sind.

10. Beitreibung. § 28. Die Beitreibung von Rückständen ist nur in der Form der Beitreibung von Gemeindeabgaben zulässig: Sie ist ein Zwangsvollstreckungsakt und unterscheidet sich von der Einziehung der Rückstände, das ist die Erhebung der fälligen Beträge seitens des Versicherungsträgers. Die Durchführung der Beitreibung regelt sich nach Landesrecht [2]), ebenso wie die aufschiebende Wirkung der Einwendung gegen die Zahlungspflicht. Um die Kosten des Beitreibungsverfahrens zu sparen, kann die Satzung, soweit es nicht bereits landesgesetzlich vorgeschrieben ist, bestimmen, daß dem Beitreibungsverfahren ein Mahnverfahren vorangeht, und daß dafür eine Mahngebühr von dem Zahlungspflichtigen erhoben wird. Diese wird wie die Rückstände beigetrieben. Die Festsetzung ihres Betrags bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Rückstände haben das Vorzugsrecht des § 61 Z. 1 KO.

11. Streitigkeiten. § 405. Bei Streitigkeiten zwischen den Arbeitgebern und seinen Beschäftigten über Berechnung und Anrechnung ihrer Beitragsteile entscheidet stets endgültig das VA (Beschlußausschuß). Eine andere Gruppe der Streitigkeiten umfaßt die zwischen der Kasse einerseits und andererseits zwischen einem Arbeitgeber oder einem Versicherten oder bisher Versicherten oder einem zu Versichernden, mag letzterer seine Ver-

---

1) § 324 II, III.

2) Für Preußen gilt V. 15. 11. 99 (GS S. 545), abgeändert durch V. 18. 3. 04 (GS. S. 36) und Ausf.-Anw. 28. 11. 99, abgeändert durch Erl. 4. Juli 04 (H.MBl. S. 438).

sicherungspflicht behaupten oder bestreiten oder die Anerkennung seiner Versicherungsberechtigung verlangen. In allen Fällen, d. i. bei Streit über das Versicherungsverhältnis — mag die Versicherungspflicht, die Berechtigung zum freiwilligen Beitritt oder das Recht zur Weiterversicherung in Frage stehen — oder die Verpflichtung, Beiträge zu leisten, einzuzahlen oder zurückzuzahlen, entscheidet das VA (Beschlußausschuß) und auf Beschwerde endgültig das OVA. Endgültige Entscheidungen über das Versicherungsverhältnis sind für alle Behörden und Gerichte bindend, mit einer Ausnahme. Ist die Mitgliedschaft eines Versicherten für alle beteiligten Kassen endgültig und aus dem Grunde abzulehnen, daß er einer anderen von ihnen anzugehören habe, so bestimmt auf Antrag das diesen Kassen gemeinsame VA (Beschlußausschuß) oder OVA (Beschlußkammer) oder, wo ein solches fehlt, die oberste Verwaltungsbehörde die zuständige Kasse, ohne an die früheren Entscheidungen gebunden zu sein. Hierdurch wird in Zukunft verhindert, daß an sich versicherungspflichtige Personen nicht von der Versicherung erfaßt werden, weil die Zuständigkeit der in Betracht kommenden Kassen allseits endgültig verneint wurde.

Siebenter Abschnitt.

Kassenverbände. Sektionen.

Den Unterschied zwischen Kassenverbänden und Kassenvereinigungen hat die RVO nicht fallen gelassen, vielmehr hat sie die einzelnen Bestimmungen für sie noch weiter ausgebaut und im übrigen nur durch die Möglichkeit der Errichtung von Sektionen (§ 415) eine Neuerung geschaffen. Die ausgebauten Vorschriften des Kassenverbandes sind: 1. Möglichkeit, daß der Kassenverband sich über Bezirk oder Bezirksteile mehrerer VA erstreckt (§ 406 II). 2. Ausdehnung des Aufgabenkreises durch die Übernahme der Krankenüberwachung (§ 407 Z. 3). 3. Regelung des Verhältnissese zu Ärzten, Zahnärzten etc. (§ 410). 4. Haftung der aus-

scheidenden Kasse als Gesamtschuldner (§ 411). Was die Kassenvereinigungen anbetrifft, so ist im Gegensatz zum KrVG die Verwendung von Kassenmitteln für allgemeine Zwecke der Krankenhilfe und die Übertragung bestimmter der den Kassen gesetzlich zustehenden Aufgaben möglich (§ 414).

A. Kassenverbände. Kassenverbände sind freiwillige, mit Rechtsfähigkeit ausgestattete Vereinigungen von Krankenkassen — regelmäßig innerhalb eines VA — zur Übernahme bestimmter gesetzlich den Krankenkassen zustehenden Aufgaben im Interesse einer billigeren Verwaltung, ohne daß die rechtliche Selbständigkeit der einzelnen Versicherungsträger berührt, und ohne daß der Kassenverband selbst zum Versicherungsträger wird.

I. Errichtung. § 406. Die Errichtung erfolgt a) stets freiwillig, b) durch übereinstimmenden Beschluß [1]) der Ausschüsse, der nicht der Genehmigung bedarf, c) falls ihr Sitz [2]) im Bezirke desselben VA liegt. Diese territoriale Beschränkung ergibt sich notwendig aus dem Aufgabenkreis (§ 407), der für ein großes Gebiet gar nicht durchführbar wäre. Eine Ausnahme besteht für den Fall des Ineinandergreifens der Bezirke benachbarter VA, falls ein dringendes Bedürfnis für einen größeren Verband, z. B. zum Abschluß von Arzt- und Apothekerverträgen, bestehen sollte. Dann kann sich der Kassenverband über die Bezirke oder Bezirksteile mehrerer VA erstrecken, allerdings im Gegensatz zur Regelvorschrift nur mit Genehmigung des OVA (Beschlußkammer) oder, wenn sie versagt wird, mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde. Der Kassenverband bleibt also stets auf den Bezirk des OVA. beschränkt. Das OVA bestimmt endgültig, welches VA die Aufsicht führt. Daher wird das aufsichtführende VA auch in den anderen VA-Bezirken tätig werden. d) Unter Aufstellung einer Verbandssatzung, die durch übereinstimmenden Beschluß der beteiligten Kassenausschüsse zu errichten ist. Der notwendige Inhalt (§ 409) umfaßt die Bestimmungen über 1. Namen und Sitz des Verbandes und der ihm angeschlossenen Kassen,

1) Beschluß enthält Satzungsänderung, daher § 345 III.

2) Es ist gleichgültig, ob der Kassenbezirk sich über den des VA erstreckt (§ 226 III).

Pflichten des Vorstandes und des etwa gewählten Ausschusses; die Wahl des Ausschusses hängt von dem Bedürfnis ab. 4. Feststellung des Voranschlags und Abnahme der Jahresrechnung [1]), 5. Umlegung der Beiträge zur Deckung der Verbandsausgaben, sowie Ausschreibung und Verrechnung etwa erforderlicher Zuschüsse, 6. Änderung der Satzung; die Satzung bedarf der Genehmigung des OVA, die nur bei Verstoß gegen gesetzliche Bestimmungen — bisher nach dem freien Ermessen der höheren Verwaltungsbehörde — versagt werden darf (§ 408). Für die Versagung der Genehmigung gilt § 324 II, IV. f) Mit gesetzlich beschränktem Aufgabenkreis (§ 407). Der Kassenverband kann für die ihm angeschlossenen Kassen gemeinsam: Angestellte und Beamte anstellen, 2. Verträge mit Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Apothekenbesitzern und -verwaltern, oder anderen Arzneimittelhändlern, Krankenhäusern, sowie Überlieferung von Heilmitteln und anderen Bedürfnissen der Krankenpflege vorbereiten oder abschließen. Die Vorschriften über das Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken (§§ 368—376) sind dann entsprechend anzuwenden (§ 410); 3. die Kranken nach einheitlichen Grundsätzen zu überwachen. Früher war dies unzulässig. 4. Heilanstalten, Genesungsheime, anlegen und betreiben. 5. Die Ausgaben für die Leistungen bis zur Hälfte tragen. Hiernach ist jetzt zweifellos auch die gemeinsame Tragung z. B. von Wochen-, Schwangeren- und Sterbegeld zulässig, während die Gewährung dieser Leistungen nach dem Ausdruck des § 46 I KrVG „Krankenunterstützungskosten" als zweifelhaft erschien. Eine klarere Fassung hat auch die Bestimmung erhalten, daß die Übernahme der Kosten sich bis auf die Hälfte aller von den angeschlossenen Kassen aufgewandten Kosten beschränke, und innerhalb dieser Grenze die Ausgaben für bestimmte Krankheitsarten oder Erkrankungsfälle bis zur vollen Höhe vom Kassenverband getragen werden können. — Der Verband kann sich durch seine Satzung selbstverständlich auch auf einzelne dieser Zwecke festlegen.

II. Rechtliche Natur. Organisation. Da der Kassenverband selbst ein Versicherungsträger ist, so waren die Vorschriften

1) Vgl. § 321 Z. 6, 7.

(§§ 4—34) analog auf ihn auszudehnen (§ 408 II), also die Vorschriften über Rechtsfähigkeit, Organe, Ehrenämter, Vermögen und Aufsicht; letztere wird nach § 413 vom VA und auch gemäß § 377—379 vom OVA geführt. Hervorzuheben ist, daß der Kassenverband einen Vorstand haben muß, während die Wahl des Ausschusses je nach Bedürfnis erfolgen kann (§ 409 Z. 3). Die nähere Organisation ergibt sich hauptsächlich aus der Satzung; jedoch gelten für die Angestellten die §§ 349—361 entsprechend, ebenso wie für die Verwaltung der Mittel die §§ 363, 365. Auch kann der Bundesstaat bestimmen, wie weit die Vorschriften über Art und Form der Rechnungsführung zu gelten haben, wie die über die Nachweisungen (§§ 366, 367).

III. Auflösung, Ausscheidung. § 411. Gerade so wie der Zusammenschluß, so ist auch die Auflösung bezw. Ausscheidung von dem freien Willen der beteiligten Kassen ohne Genehmigung der Aufsichtsbehörde abhängig. Die beteiligten Kassenausschüsse können den Verband durch übereinstimmenden Beschluß auflösen. Eine Ausscheidung kann mit dem Schlusse des Geschäftsjahres erfolgen, wenn die Kasse es spätestens 6 Monate zuvor bei dem Vorstand beantragt hat.

a) Vermögensauseinandersetzung. § 412. In beiden Fällen ist die Wirkung bezüglich der Vermögensauseinandersetzung die gleiche. Jede ausscheidende Kasse erhält, soweit nicht durch die Verbandssatzung oder durch Übereinkommen etwas anderes bestimmt ist, von dem Reinvermögen (§ 293) des Verbandes den Anteil, der für das letzte Geschäftsjahr dem Verhältnis ihrer Beiträge zu den Gesamtbeiträgen an den Verband entspricht. Ergibt sich ein Fehlbetrag, so hat jede ausscheidende Kasse nach demselben Verhältnis zuzuschießen.

b) Haftung bei Ausscheidung. § 411. III. Was die Haftung anbetrifft, so ist diese jetzt gesetzlich für die ausscheidende Kasse festgelegt. Für die zur Zeit des Ausscheidens bestehenden Verbindlichkeiten haftet die ausgeschiedene Kasse wie ein Gesamtschuldner, jedoch unter Beschränkung der Haftung auf höchstens zwei Jahre nach dem Ausscheiden; wird der Anspruch gegen den Kassenverband erst nach dem Ausscheiden fällig, so beginnt die Verjährung mit dem Zeitpunkt der Fälligkeit.

IV. Streitigkeiten. § 413. Streitigkeiten zwischen dem Verband und der beteiligten Kasse aus dem Verbandsverhältnisse entscheidet das VA (Beschlußausschuß).

B. Kassenvereinigungen. § 414. Im Gegensatz zu den Kassenverbänden stehen die kraft Gesetzes nicht rechtsfähigen, nicht der Aufsicht unterworfenen Kassenvereinigungen, die privatrechtlichen Charakter tragen. Sie können die Rechtsfähigkeit durch Eintragung in das Vereinsregister erlangen (§§ 21, 55 BGB). Sie werden überall dort in Erscheinung treten, wo sich das Bedürfnis nach einem größeren Zusammenschluß, als es für den Kassenverband zulässig ist, geltend machen wird. Bisher waren sie auch zulässig, jedoch durften nach §§ 23, III, 29 KrVG keine Kassenmittel für ihre Zwecke verwandt und nicht die den Krankenkassen gesetzlich obliegenden Aufgaben übertragen werden. Jetzt dagegen dürfen dem § 363 entsprechend Kassenmittel für Kassenvereinigungen, welche den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dienen, verwendet werden, allerdings nur mit Zustimmung beider Gruppen im Vorstand, um einen Mißbrauch zu verhindern. Auch dürfen solche Kassenvereinigungen einzelne der im § 407 bezeichneten Aufgaben mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde übernehmen.

C. Sektionen. § 415. Dem Gedanken der Zentralisation ist durch die Organisation der Krankenkassen ihre leichte Verschmelzung und dem freiwilligen Zusammenschluß zu Kassenverbänden und Kassenvereinigungen genügend Rechnung getragen. Um diese größeren Bezirke auch die Vorteile der kleineren Kassen, wie z. B. der leichteren Verwaltung, der Krankenkontrolle, genießen zu lassen, hat man ähnlich wie in der UV die Errichtung von Sektionen, Unterabteilungen, mit Zustimmung des OVA für bestimmte Gruppen ihrer Mitglieder oder für bestimmte Bezirke zugelassen. Ihnen können die Krankenkassen einen Teil, jedoch höchstens zwei Drittel der Einnahmen und Leistungen zuweisen. Das Nähere, namentlich über Verfassung, Verwaltung, Aufgaben und Zuständigkeit bestimmt die Satzung.

Elfter Abschnitt.

Strafvorschriften.

Die Strafen sind entweder gerichtliche oder außergerichtliche. Die außergerichtlichen zerfallen in die Ordnungsstrafen der Kassen und der VA, d. h. diejenigen, die nicht verhängt werden müssen.

A. Ordnungsstrafen. Die Ordnungstsrafen sind durch neue Vorschriften über die Strafverfolgung und Strafvollstreckungsverjährung (§§ 147, 148), wie die Ausdehnung der Strafvorschriften auf Vorstände von juristischen Personen etc. (§ 536) ergänzt worden, im übrigen ist nur eine Abänderung eingetreten, eine Erhöhung der Strafen bei Verletzung der Anmeldepflicht bis zu 100 Mark (§ 530).

1. Der Kasse. § 529. Der Vorstand der Kasse kann Strafen bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden Übertretungsfall festsetzen gegen einen Versicherten, der die Krankenordnung oder die Anordnungen des behandelnden Arztes übertritt oder die ihm nach § 190 obliegende Mitteilung unterläßt. Auf Beschwerde entscheidet das VA endgültig. Danach sind die Vorschriften dieselben geblieben mit Ausnahme der notwendigen Ergänzung wegen der Krankenordnung.

2. Des VA. § 530. Das VA kann Strafen, für die bisher die Gerichte zuständig waren, wegen Verletzung der Meldepflicht verhängen. Man muß zwischen Verletzung der Anmelde- und Abmelde-Pflicht unterscheiden. a) Wer seiner Pflicht zuwider Versicherungspflichtige nicht anmeldet (§§ 317, 319, 468 II) oder die Listen über beschäftigte Hausgewerbetreibende nicht einreicht, (§ 473), kann, falls er vorsätzlich handelt, mit Geldstrafe bis zu 300 Mark und bei fahrlässigem Handeln mit Geldstrafe bis zu 100 Mark bestraft werden. Demnach kann nicht mehr wie bisher nach

§ 50 I KrVG den Arbeitgebern die Ersatzpflicht für alle Aufwendungen der Kasse auferlegt werden, die durch die Nichtanmeldung infolge Krankheit entstehen können, vielmehr ist die Höchststrafe von 20 auf 100 Mark heraufgesetzt, und gleichzeitig eine Berücksichtigung des Grades des Verschuldens möglich. b) Bei Verletzung der anderen Meldepflichten oder der Einreichung der Listen der Hausgewerbetreibenden [1]) ist es bei der bisherigen zulässigen Höchststrafe von 20 Mark geblieben. In gleicher Höhe bis zu 20 Mark kann bestraft werden, wer seiner Pflicht zuwider das Stellen von Anträgen nach §§ 519 II, 522 oder Anzeigen nach § 521 unterläßt. Auf Beschwerde entscheidet das OVA endgültig. Unabhängig von der Strafe des VA hat die Kasse das Recht, aber auch die Pflicht, die rückständigen Beiträge nachzuholen. Daneben hat sie auch das Recht, dem Bestraften die Zahlung des ein- bis sünffachen aufzuerlegen (§ 531). Diese neue Bestimmung ist eine Ersatzvorschrift für den Wegfall der nach § 50 KrVG bestehenden Regreßpflicht der Arbeitgeber. Der Betrag wird wie Gemeindeabgaben b eigetrieben. Von den Hausgewerbetreibenden kann jedoch keine Nachbezahlung rückständiger Beiträge verlangt werden, da ihre Kassenmitgliedschaft und damit die Pflicht zur Beitragszahlung erst mit ihrer Eintragung in das Mitgliederverzeichnis beginnt, und das Versicherungsverhältnis bei Verletzung der Meldepflicht ja nicht begonnen haben kann. Eine Bestrafung nach § 530 ist dagegen zulässig. — Mehrere Arbeitgeber haften als Gesamtschuldner (§ 396).

3. Gegen Vorstand von juristischen Personen. § 536. Die Ordnungsstrafen können auch über Mitglieder des Vorstandes von juristischen Personen als Arbeitgeber oder über die persönlich haftenden Gelesellschafter bei Handesgesellschaften, über gesetzliche Vertreter geschäftsunfähiger Arbeitgeber, sowie über Liquidatoren einer Handelsgesellschaft etc. verhängt werden (vgl. das Nähere im § 536).

4. Verwendung von Geldstrafen. § 146. Die Geldstrafen fließen vorbehaltlich der §§ 59 III, 80 IV, 104 II, 108 II, 914,

---

1) §§ 317—319, 468 II, 473, 474.

1045, 1224 [1]) in die Kassen der Versicherungsträger, die gerichtlichen nur, wo es dieses Gesetz vorschreibt [2]). Die Strafen werden wie Rückstände beigetrieben.

5. Strafverfolgungs-, Strafvollstreckungsverjährung. §§ 147, 148. Vgl. das Nähere im Gesetz [3]).

B. Die gerichtlichen Strafen. Die gerichtlichen Strafen werden von den Schöffengerichten bezw. den Strafkammern verhängt. Für sie gelten die Vorschriften des Strafgesetzbuchs, z. B. was Verjährung der Strafverfolgung, Umwandlung von Strafen etc. anbetrifft. Die Strafschutzvorschriften sind zur Durchführung der KrV im Interesse der Versicherten wie der Arbeitgeber erlassen. Neu ist die Bedrohung mit Strafe a) bei Beschränkung der ehrenamtlichen Tätigkeit (§ 139), b) bei Verletzung der Schweigepflicht (§ 141), c) bei Verrat oder Verwertung von Geschäftsgeheimnissen (§§ 142, 143). Neu ist auch d) die Ausnahmevorschrift für Beamte (§ 145), e) die Zubilligung mildernder Umstände bei den Delikten der §§ 142 II, 143, f) die Ausdehnung der Strafvorschriften auf die Vorstände von juistischen Personen etc. (§ 536).

I. Zur Durchführung der KrV. a) Beschränkung der ehrenamtlichen Tätigkeit. § 139. Es ist untersagt, den Arbeitgebern und ihren Angestellten: 1. die Versicherten in der Übernahme oder Ausübung eines Ehrenamtes zu beschränken oder sie wegen der Übernahme oder der Art der Ausübung eines solchen Ehrenamtes zu benachteiligen. Dieses Verbot trifft auch die Versicherungsträger. 2. Durch Übereinkunft [4]) oder Arbeitsordnung zum Nachteil der Versicherten die Anwendung der Vorschrift dieses Gesetzes ganz oder teilweise auszuschließen. Eine zuwiderlaufende Vertragsbestimmung ist schlechthin nichtig. Bei Verletzung der Verbote (1, 2) werden die Arbeitgeber oder ihre Angestellten mit Geldstrafen bis zu 300 Mark oder mit Haft bestraft, sofern nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften eine härtere Strafe eintritt. z. B. bei Betrug (§ 140).

1) In diesen Fällen fließen sie je nachdem in die Kasse des Bundesstaats, Gemeindeverbands, der Reichskasse.

2) z. B. § 914.

3) Zu diesen Paragraphen ist nichts zu bemerken.

4) Ein Vergleich fällt nicht unter den Begriff wegen der Übereinkunft.

b) Unzulässige Abzüge. § 532. Mit Geldsrtafe bis zu 300 Mark oder mit Haft werden bestraft, wenn nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften [1]) härtere Strafe verwirkt ist, Arbeitgeber und Auftraggeber [2]) (§ 486), die vorsätzlich 1. den Beschäftigten höhere Beitragsteile vom Entgelt abziehen, als dies Gesetz zuläßt, oder Abzüge machen, obwohl sie nach § 398 wegen Zahlungsunfähigkeit nur ihren Beitragsteil einzuzahlen haben. 2. Die Beiträge nicht rechtzeitig abgeführt haben, wenn sie sich im Zwangsbeitreibungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben (§ 402) — die gleiche Strafe trifft Arbeitgeber, 3. wenn sie bei Anordnung der Einzahlung nur des eigenen Beitragsteils den Aushang nicht bewirkt und die Versicherungspflichtigen auf ihre Einzahlungspflicht nicht aufmerksam gemacht haben (§ 400).

c) Vorenthaltung von Beiträgen. § 533. Mit Gefängnis werden Arbeitgeber und Auftraggeber (§ 486) bestraft, wenn sie der berechtigten Kasse vorsätzlich Beitragsteile vorenthalten, die sie den Beschäftigten einbehalten, d. h. in Lohnabzug gebracht oder von ihnen „erhalten" haben. Mit diesem Ausdruck sollen die Fälle gedeckt werden, in denen kein Barlohn gezahlt wird und eine Bestimmung nach § 394 II getroffen ist. Neben der Gefängnisstrafe kann auf Geldstrafe bis zu 300 Mark unter Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden. Bei mildernden Umständen kann ausschließlich auf Geldstrafe erkannt werden.

d) Stellvertreter. § 534. Eine Stellvertretung in Ausübung der Arbeitgeberpflichten [3]) ist zulässig, eine strafrechtliche Verantwortlichkeit trifft den Stellvertreter aber nur, falls die Pflichten Betriebsleitern, Aufsichtsbehörden oder Angestellten seines Betriebes übertragen sind. Auch der Arbeitgeber ist neben ihnen haftbar, wenn 1. die Zuwiderhandlung mit seinem Wissen geschehen ist, 2. wer bei Auswahl und Beaufsichtigung der Stellvertreter nicht die im Verkehr erforderliche Sorgfalt [4]) beobachtet

---

1) Unterschlagung, Betrug.

2) Auftraggeber sind besonders genannt, da sie keine Arbeitgeber im Sinne des Gesetzes sind.

3) Das sind vor allem die in §§ 530, 532, 533 mit Strafe bedrohten Pflichten.

4) Entspricht dem § 831 I BGB.

hat. Bei diesem fahrlässigen Delikt darf jedoch nur auf Geldstrafe erkannt werden. Im Falle des § 531 II kann das ein- bis fünffache der rückständigen Beiträge auch dem Stellvertreter auferlegt und von ihm beigetrieben werden. Neben ihm haftet für diesen Betrag je nach Wahl auch der Arbeitgeber, wenn er im Fall 1, 2 bestraft ist.

e) Untreue. § 535. Die Mitglieder der Organe, die geschäftsleitenden Beamten und Angestellten der Kassen und Kassenverbände, die vorsätzlich zum Nachteil der Versicherungsträger bezw der Kassenverbände handeln, werden mit Gefängnis bestraft. Daneben kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden. Ist die Handlung begangen, um sich oder einem anderen Vermögensvorteil zu verschaffen, so kann neben der Gefängnisstrafe auf Geldstrafe bis zu 3000 Mark erkannt werden.

f) Vorstand von juristischen Personen. § 536. Die unter d bis e genannten Strafvorschriften gelten z. B. auch für die Mitglieder des Vorstandes einer juristischen Person als Arbeitgeber, für die gesetzlichen Vertreter Geschäftsunfähiger Arbeitgeber etc. Vgl. das Nähere im § 536.

B. Im Interesse der Versicherten. Schweigepflicht. § 14. Um ein Bekanntwerden der Krankheiten und deren Ursachen im Interesse der Versicherten wegen eventuell daraus entstehender Schwierigkeiten bei der Anstellung zu verhindern, ist jetzt entsprechend dem § 300 StrGB unter Strafe gestellt [1]), wer unbefugt offenbart, was ihm in amtlicher Eigenschaft als 1. Mitglied eines Organs oder Angestellten eines Versicherungsträgers, 2. Mitglied oder Angestellten einer Versicherungsbehörde, 3. Vertreter oder Beisitzer bei einer Versivherungsbehörde über Krankheiten oder Gebrechen Versicherter oder ihrer Ursachen bekannt geworden ist. Der Begriff des „unbefugt" ist derselbe wie im § 300 StrGB und im Gesetz zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs von 1909. Befugt ist eine Mitteilung jedenfalls dann, wenn sie unmittelbar für die Zwecke des Gesetzes, insbesondere in Ausübung amtlicher Funktionen erfolgt. Sind hierüber hinaus Mitteilungen im allgemeinen Interesse erforderlich, so ist lediglich darauf zu achten,

1) Wie es bisher schon in der UV der Fall war.

daß der einzelne Versicherte nicht geschädigt wird. So würde z. B. die Mitteilung von Verletzungen gewerbepolizeilicher Vorschriften an den Gewerbeaufsichtsbeamten wegen einer Erkrankung eines Versicherten die Anwendung des § 141 ausschließen, wenn der Name des Versicherten dabei nicht genannt wird. Werden bei einer Mitteilung ganz überwiegend berechtigte andere Interessen gewahrt so würde sie ebenfalls befugt sein. Es kann mit Geldstrafe bis zu 1500 Mark oder mit Gefängnis bis zu 3 Monaten bestraft werden. Die Verfolgung tritt jedoch nur auf Antrag des Versicherten oder der Aufsichtsbehörde ein. Auch auf Nichtversicherte denen Leistungen zu gewähren sind, wie z. B. die Angehörigen bei Gewährung der Familienhilfe, ist die Schutzvorschrift ausgedehnt.

C. Im Interesse der Arbeitgeber. a) Verrat von Geschäftsgeheimnissen. § 142. Ebenso wie die Versicherten werden auch die Arbeitgeber gegen Schädigungen geschützt, wo sie gesetzlich verpflichtet sind, gewissen Personen einen Einblick in ihre Betriebsverhältnisse zu gewähren[1]). Mit Geldstrafe bis zu 1500 Mark oder mit Gefängnis werden bestraft die im § 141 II Bezeichneten, wenn sie unbefugt Geschäft- oder Betriebsgeheimnisse offenbaren, die ihnen in amtlicher Eigenschaft bekannt geworden sind. Die Verfolgung tritt in diesem Fall nur auf Antrag des Unternehmers ein. Eine unbefugte Offenbarung wird meistens schon dann gegeben sein, wenn sie über den unmittelbaren Zweck des Gesetzes hinausgeht. Der Begriff des Geschäfts- und Betriebsgeheimnisses ist nicht im engen Sinne auszulegen. Für die Auslegung wird das Interesse des Unternehmers maßgebend sein. Verraten die bezeichneten Personen die Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, um die Unternehmer zu schädigen, oder sich oder anderen einen Vermögensvorteil zu verschaffen, so werden sie mit Gefängnis bestraft. Neben der Gefängnisstrafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte und auf Geldstrafe bis zu 300 Mark erkannt werden.

b) Verwertung von Geschäftsgeheimnissen. § 143. In gleicher Weise wird die Verwertung der Geschäfts- oder Betriebs-

1) Diese Schutzvorschrift ist aus der UV entnommen.

geheimnisse durch die im § 142 I Bezeichneten mit Gefängnis bestraft, wenn sie in der Absicht geschieht, die Unternehmer zu schädigen oder sich oder anderen einen Vermögensvorteil zu verschaffen. Es ist also nicht, wie im § 142 erforderlich, daß die Geschäfts- bezw. Betriebsgeheimnisse ihnen in amtlicher Eigenschaft bekannt geworden sind. Neben der Gefängnisstrafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte und auf Geldstrafe bis zu 3000 Mark erkannt werden.

c) Mildernde Umstände. § 144. Sind bei Offenbarung von Geschäftsgeheimnissen in Bereicherungsabsicht oder Verwertung derselben (§§ 142 II, 143) mildernde Umstände vorhanden, so ist auf Geldstrafe bis zu 3000 Mark zu erkennen.

D. Beamte. § 145. Die unter B und C genannten Strafvorschriften (§§ 141—144) gelten nicht für Beamte, die der Dienstgewalt einer staatlichen oder gemeindlichen Behörde unterstehen. Eine Verletzung ihrer ihnen kraft Gesetzes auferlegten amtlichen Schweigepflicht wird disziplinarrechtlich geahndet.

Allgemeine Vorschriften. Vgl. über das Delegationsrecht der obersten Verwaltungsbehörde § 110, ihr Recht zur Bestimmung von einzelnen Behörden etc. § 111; vgl. über die Fristen §§ 124 bis 127 über Zustellungen §§ 135, 136; über Gebühren und Stempel §§ 137, 138. Zu diesen einzelnen Paragraphen ist nichts Näheres zu bemerken; hervorgehoben sei nur, daß die Vorschrift über die Fristen, Zustellungen, Gebühren und Stempel teils im materiellen Recht, teils im Prozeßrecht Anwendung finden.

Ausland. Die RVO wird von dem Territorialitätsprinzip beherrscht. Von der Reichsversicherung werden daher nur die inländischen Arbeits- und Erwerbsverhältnisse erfaßt. Das Inland deckt sich mit dem Reichsgebiet, sodaß die Kolonien und die Schutzgebiete nicht zum Inland zu rechnen sind. Ohne Einfluß ist die Staatsangehörigkeit, In- und Ausländer stehen prinzipiell einander gleich.

I. Völkerrechtliche Verträge. § 157. Wie bereits angedeutet wurde, muß innerhalb der räumlichen Grenzen des Inlandes der Beschäftigungsort liegen. Erfolgt die Beschäftigung im Ausland, so fragt es sich, ob eine feste Arbeitsstätte bezw. der Sitz des Be-

triebes innerhalb des Inlandes liegt und die Auslandsbeschäftigung nur einen zeitweilig vorübergehenden Charakter hat, sodaß die Vorschriften über den fingierten Beschäftigungsort Platz greifen können (§§ 153, 154). Erfolgt umgekehrt die Beschäftigung im Inland für einen ausländischen Betrieb, so sind die Arbeitnehmer stets versicherungspflichtig. Von diesen allgemeinen Grundsätzen, sowie für die Grenzgebiete kann der Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrats Abweichungen durch internationale Verträge vereinbaren, die bisher nur für das Gebiet der UV gesetzlich zulässig waren, jetzt aber für alle drei Versicherungszweige gelten. Man muß zwei Fälle unterscheiden: 1. für Betriebe, die aus dem Gebiete des einen Staates in das des anderen übergreifen, sowie für Versicherte, die zeitweise im Gebiete des anderen Staates beschäftigt waren, kann unter der Voraussetzung, daß andere Staaten eine der Reichsversicherung entsprechende, also im allgemeinen gleichwertige Fürsorge durchgeführt haben und die Gegenseitigkeit gewahrt wird, vereinbart werden, daß die Fürsorge nach der RVO oder nach den Fürsorgevorschriften des anderen Staates geregelt werden sollen. 2. Die Versicherung von Angehörigen eines ausländischen Staates kann abweichend von den Vorschriften dieses Gesetzes geregelt und die Durchführung der Fürsorge [1]) des einen Staates in dem Gebiete des anderen erleichtert werden, wenn entsprechende Gegenleistungen vorhanden sind. Der Unterschied gegenüber dem Fall 1 besteht also darin, daß solche Abmachungen nicht allein für die unter 1 bezeichneten Betriebe und Versicherten, sondern allgemein zulässig sind, ferner, daß eine der Reichsversicherung gleichwertige Fürsorge nicht verlangt wird. Voraussetzung ist lediglich eine entsprechende Gegenleistung, die also in Form und Inhalt die reichsgesetzliche Fürsorge gewissermaßen zu ersetzen imstande ist. Der Inhalt der Abmachungen ist insofern begrenzt, als in diesen Vereinbarungen die nach der RVO bestehende Beitragspflicht des Arbeitgebers nicht ermäßigt oder beseitigt werden kann. Diese Vereinbarungen sind dem Reichstag mitzuteilen.

---

1) z. B. über Gewährung von Rechtshilfe, Auszahlung von Krankengeldern.

II. Vergeltungsrecht. § 158. Von dem Grundsatz, daß der Ausländer dem Inländer prinzipiell gleichsteht, gibt es drei Ausnahmen ,insofern die Ausländer nicht in die Kassenorgane, in die Laienstellen der Versicherungsbehörden gewählt werden können [1]), die Krankenhilfe unter gewissen Voraussetzungen für sie ruht und endlich ein Vergeltungsrecht ausgeübt werden kann. Der Reichskanzler kann nämlich mit Zustimmung des Bundesstaats anordnen, daß gegenüber den Angehörigen eines ausländischen Staats und ihrer Rechtsnachfolger ein Vergeltungsrecht angewendet wird. Diese Bestimmung ist neu, um eine Maßnahme gegen eine Schlechterstellung der Deutschen im Auslande gegenüber den eigenen Angehörigen im Auslande zu haben.

III. Bedeutung des Auslandes im übrigen. Im übrigen sei auf die Bedeutung des Auslandes, die bei einem Aufenthalt in Erscheinung tritt, hingewiesen.

---

1) §§ 12, 47, 76, 92.

I, Art und Zahl der Kassen.[1])

Jahr	Kassen überhaupt in Tätigkeit	Darunter						
		Gemeinde-Krankenversicherung	Orts-	Betriebs-(Fabrik)-	Bau-	Innungs-	Eingeschriebene	Landesrechtliche
			Krankenkassen				Hilfskranken	
1885	18 942	7 125	3 700	5 500	101	224	1 818	474
1905	23 279	8 254	4 775	7 974	45	801	1 286	145

II. Zahl der Mitglieder.

Den betr. Kassenarten gehörten an von je 100 Versicherten:

1885		13,7	35,7	29,4	0,3	0,6	17,0	3,3
1909		12,6	51,8	25,7	0,1	2,2	7,4	0,3

Die Zahl der Versichterten ist seit 1885 von 4 295 173 auf 12 244 446 gestiegen. Von dieen entfallen auf die Ortskrankenkassen über die Hälfte, fast 52%. Die Ortskrankenkassen sind die einzigen, die sich um die Hälfte ihres Mitgliederstandes von 1885 vermehrt haben, abgesehen von den Innungskrankenkassen, die um die vierfache Mitgliederzahl gewachsen sind.

1) Die Tabellen sind Auszüge aus der Statistik des Deutschen Reiches 1885, 1905 (Krankenversicherung).

III. Vergleich

der Leistungen der Versicherten und die Gegenleistungen der Kassen und Krankheitskosten von 1885—1909.

Kassenarten	Auf einen Versicherten berechnen sich für 1909:			Krankheitskosten 1885—1909 in 1000 Mk.
	Krankheitskosten	Beiträge der Arbeitnehmer Zusatzbeiträge Eintrittsgelder	+ Mehrempfang — Mehrleistung. der Versicherten	
Bau-	40,81	24,22	+ 16,59	13457,3
Betriebs-	31,09	20,85	+ 10,24	1198384,1
Orts-	24,27	18,46	+ 5,81	1668156,3
Innungs-	23,15	18,42	+ 4,73	63024,8
Gemeindekrankenversicherung	13,46	8,79	+ 4,62	293445
Landesrechtliche Hilfskassen	18,26	18,28	— 0,02	27660
Eingeschriebene Hilfskassen	22,15	25,13	— 2,98	336299
				i. Sa. 3600 M. in 1000 Mk.

Ergebnis:

Die Statistik hat bewiesen, daß die Ortskrankenkassen mit 52% aller Versicherten (Jahr 1909) und 47% der gesamten Krankheitskosten während der letzten 25 Jahre im Gesamtergebnis den Hauptanteil an der Durchführung der Krankenversicherung nehmen; sie werden allerdings in ihren Leistungen von den Bau- und Betriebskrankenkassen übertroffen.

Literaturverzeichnis.

I. Zum Krankenversicherungsgesetz.

Hahn, Kommentar, 1909.
Wödtke, von, Kommentar, 1896.
Laß, „Einrichtung und Wirkung der deutschen Arbeiterversicherung", 1904.
Stier-Somlo, „Recht der Arbeiterversicherung", 1906.
Stier-Somlo, „Deutsche Sozialgesetzgebung", 1906.
Köbke, „Grundzüge der Arbeiterversicherung", 1906.
Rosin, „Recht der Arbeiterversicherung", 1893.
Weyl, Lehrbuch des Reichsversicherungsrechts, 1894.

II. Zur Reichsversicherungsordnung.

Entwürfe zur Reichsversicherungsordnung, 1909/10 mit allgemeiner und besonderer Begründung.
Das Einführungsgesetz zur Rechsversicherungsordnung nebst Begründung.
Die Reichstagskommissionsberichte (drei Bände).
Stenographische Berichte des Reichstags, Bd. 266, 267.
Koch, Gustav, Plenarbeschlüsse des Reichstags, 1911.
Stier-Somlo, Die Reichsversicherungsordnung (Entw. 1909). (Systematische Besprechung.)
Stier-Somlo, Studien zum sozialen Recht, 1912.

Kommentare:

Laß, Olshausen, Weymann I. Bd. (Krankenversicherung), 1912.
H. Hanow, Dr. F. Hoffmann, Rr. R. Lehmann etc. zu den §§ 1—160 und zum EG.
H. Düttmann, Apelius, Braun zu §§ 165—195 und zum EG.
Stier-Somlo, §§ 1—50.
Justizrat Mayer, §§ 1—33.

Handausgaben mit Erläuterungen:

Dr. L. von Köhler, I. Biesenberger, H. Schäffer, Dr. W. Schall zu §§ 1—536.
Dr. Manes, Dr. Menzel, Schultz, §§ 1—1805 und zum EG.
Gustav Koch zu 1—1805 und zum RG.

Zeitschriften:

Zentralblatt der Reichsversicherungsordnung, 1905—1911.
Die Arbeiterversorgung, 1909—1911.

Zeitschrift für die gesamte Sozialwissenschaft, 1910—1911.
Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 1909—1910.

III. Sonstige Literatur.

F. Kuntze, „Das Verwaltungsstreitverfahren", 1908.
D. Bartels, „Das Verfahren vor den Verwaltungsgerichten", 1907.
Müller, „Verwaltungsrecht", 1895.
Bornhak, „Das deutsche Arbeiterrecht", 1892.
Bornhak, „Die deutsche Sozialgesetzgebung", 1900.
Festgabe für Laband, Bd. II, 1908.
Schmoller, „Grundriß der allgemeinen Volkswirtschaftslehre", Bd. II, 1904.
Rosin, „Recht der öffentlichen Genossenschaft", 1896.
Statistik des Deutschen Reiches, 1885/1909 (Krankenversicherung).

Abkürzungen.

KrV = Krankenversicherung.
UV = Unfallversicherung.
IV = Invalidenversicherung.
HV = Hinterbliebenenversicherung.
RVO = Reichsversicherungsordnung.
BGB = Bürgerliches Gesetzbuch.
GewO = Gewerbeordnung.
StrGB = Strafgesetzbuch.
CPO = Civilprozeßordnung.
KrK = Krankenkasse.
BG = Berufsgenossenschaft.
KO = Konkursordnung.
RGBl = Reichsgesetzblatt.
EG = Einführungsgesetz.
LVG = Landesverwaltungsgesetz.
GUVG = Gewerbeunfallversicherungsgesetz.
VA = Versicherungsamt.
OVA = Oberversicherungsamt.
RVA = Reichsversicherungsamt.
LVA = Landesversicherungsamt.

Lebenslauf.

Ich wurde am 25. Oktober 1885 als Sohn des damaligen Ersten Staatsanwalts *Erwin von Heusinger* und seiner Ehefrau *Marie* geb. Stein in Aachen geboren und in der katholischen Religion meiner Mutter, — mein Vater war Protestant — aufgezogen. Ich besuchte die Gymnasien zu Aachen, Nordhausen und Marburg, wo ich Ostern 1905 die Reifeprüfung bestand. Ich studierte die Rechtswissenschaft in Heidelberg, Berlin und Marburg. Im Mai 1911 konnte ich erst die Prüfung vor der Kommission des Oberlandesgerichts zu Cassel ablegen, da ich durch Krankheit 3 Jahre vollkommen verloren hatte. Ich wurde an dem Amtsgericht in Wetter beschäftigt. Kurz nach Ablauf dieser Ausbildungzeit bestand ich im Juni 1912 die Doktorprüfung. Alsdann wurde ich zur Regierung in Cassel übernommen.